

## **PRAKTISCHE UITVOERING ANTICIPERENDE MEDISCHE AFSPRAKEN VOOR DE SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE IN DE RIETHORST/STROMENLAND**

---

1/ Anticiperend Beleid op de chronische afdelingen

2/ Anticiperend Beleid op de revalidatieafdeling.

### **Ad1. Anticiperend Beleid op de chronische afdelingen**

Begrippen kaders: curatief, palliatief en symptomatisch

Zorg er voor dat er zo snel mogelijk afspraken gemaakt worden rond anticiperend beleid; dit wil niet zeggen dat op dag 1 van de opname alles reeds bekend moet zijn. De verzorging zou bij opname reeds kunnen navragen of reanimatie gewenst is en dit beleid kan direct gevoerd worden. Indien de wens niet in overeenstemming is met de medische situatie kan de specialist ouderengeneeskunde altijd zelf met de patiënt of vertegenwoordiger gaan praten.

Het beste moment om anticiperend beleid te maken is in het eerste MDO; dan kennen we de patiënt immers al enige tijd, hebben we het nodige op een rijtje kunnen zetten als voorgeschiedenis, medicatie, laboratorium en algemene gesteldheid van de patiënt.

Anticiperend beleid kent de nodige nuances, die in de loop van de tijd aangescherpt kunnen worden, vooral afhankelijk van de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de patiënt.

Bij heldere afspraken zal het voor alle partijen (patiënt, familie, verzorging en arts cq waarnemer) duidelijk zijn wat er in de toekomst nog wel en wat niet meer gebeurt

Onderdelen van nuance zijn;

A/ wel of niet reanimeren

B/ wel of niet nog naar het ziekenhuis (indien geen ziekenhuisopname gewenst is dan ook niet reanimeren) tenzij heupfractuur

C/ wel of niet behandeling met sondevoeding (sondevoeding bij anticiperend beleid zo veel mogelijk maar tijdelijk inzetten)

D/ wel of niet behandelen met kunstmatige vochttoediening (vaak een hypodermoclyse, tijdelijk gegeven gedurende enkele dagen)

E/ geen ziekenhuisopname meer, ook niet bij heupfractuur (dan adequate pijnstilling en uitleg dat sterven waarschijnlijk snel zal volgen)

F/ geen antibiotica meer bij levensbedreigende infecties (uitleg geven dat AB bij een urineweginfectie en bronchitis wel gegeven worden om de symptomen te bestrijden)

Bovenstaande nuance wordt in het zorgleefplan (tabblad wilsuitingen) volgens bijlage 2 vastgelegd.

In het MDO (aan het einde ervan is de beste plaats om dit te bespreken) wordt elke keer het beleid besproken en eventueel aangepast (verder genuanceerd) in aanwezigheid van de patiënt en vertegenwoordiger. Bij afwezigheid van de vertegenwoordiger kan een apart gesprek plaatsvinden tussen specialist ouderengeneeskunde, verzorging en vertegenwoordiger (dit vergt echter een extra inspanning).

### **Ad2. Anticiperend Beleid op de revalidatieafdeling.**

Op de revalidatieafdeling zijn de processen anders ingericht dan op de chronische afdelingen en is er sprake van een andere patiënten populatie.

In beginsel kan het medische beleid uit het ziekenhuis worden overgenomen tenzij er nadrukkelijk vraagtekens bestaan bij het gemaakte beleid.

Indien er geen medische beleidsafspraken zijn gemaakt in het ziekenhuis start een volledig actief medisch beleid.

Omtrent reanimeren wordt kort na opname een gesprek gehouden; dit gebeurt in principe door de specialist ouderengeneeskunde of de praktijkverpleegkundige, maar dat hoeft niet per definitie.

Indien de ernst van de aandoeningen dusdanig ernstig zijn dat er spoedig afspraken gemaakt moeten worden, wordt een gesprek geregeld met specialist ouderengeneeskunde, verzorging en patiënt/familie.

Het MDO van de revalidatie leent zich niet voor het verder maken van medische beleidsafspraken en het aanzitten van patiënten cq vertegenwoordigers.

Bij een succesvolle revalidatie wordt de patiënt ontslagen naar huis.

Een deel van de patiënten zal worden overgeplaatst naar een long stay afdeling; vaak is het laatste gesprek voor overplaatsing een gesprek waarin dit duidelijk gemaakt gaat worden en leent dat gesprek zich vaak niet voor verdere afspraken omtrent medische beslissingen. Na overplaatsing gaat dan de procedure van de chronische afdeling in (zie Ad1.)

Deze tekst is tot stand gekomen met medewerking van GeriCare

[www.GeriCare.nl](http://www.GeriCare.nl)

© 29-1-2013 GeriCare



Bijlage 1 Begrippen rond het levenseinde in de Verpleeghuiszorg (samenvatting van de richtlijn van verenso, 2006)

Bijlage 2 Praktische "vertaling" beleidsafspraken tbv het digitale zlp.

# Begrippen rond het levenseinde in de Verpleeghuiszorg (samenvatting van de richtlijn van verenso)

## 1.1 De geselecteerde begrippen

Op basis van de bovenstaande uitgangspunten zijn de volgende begrippen geselecteerd:

- Palliatieve zorg
- Pijn- en symptoombestrijding
- Palliatieve sedatie
- (het staken of niet starten van) kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel
- Afzien van behandeling
- Staken van behandeling
- Medisch zinloos handelen
- Reanimatie/Niet-reanimatie
- Euthanasie (gaan we niet verder op in)
- Hulp bij zelfdoding (gaan we niet verder op in)
- Levensbeëindiging zonder verzoek (gaan we niet verder op in)

### 1. Palliatieve zorg

Palliatieve zorg geeft niet zozeer een specifieke beslissing aan, als wel het kader waarbinnen allerlei behandelbeslissingen voor de zorgvrager genomen worden. Dat kader is het gegeven dat de zorgvrager een aandoening heeft waarbij genezing niet meer mogelijk is. Bij de besluitvorming over wel of niet behandelen van bijkomende aandoeningen zal dit gegeven altijd een rol moeten spelen.

Palliatieve zorg geldt daarom als een algemeen begrip. Dat wil zeggen dat palliatieve zorg gezien wordt als hoofdbegrip, waar de andere begrippen (het rijtje duidelijk aanwijsbare beslissingen) onder kunnen vallen.

Het begrip palliatieve zorg heeft de volgende omschrijving:

*'Een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van zorgvragers en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en het verlichten van lijden. Dit gebeurt door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.'*

De kenmerken van palliatieve zorg:

- Voorziet in de verlichting van pijn en andere symptomen;
- Eerbiedigt het leven en ziet de dood als een normaal proces;
- Heeft niet de intentie de dood te bespoedigen noch uit te stellen;
- Integreert de psychologische en spirituele aspecten van de zorg voor de zorgvrager
- Biedt een ondersteuningssysteem aan om de zorgvrager een zo actief mogelijk leven te geven tot aan hun dood;
- Biedt een ondersteuningssysteem aan om de naasten te helpen zich te redden tijdens de ziekte van de zorgvrager en hun eigen rouwproces;
- Maakt gebruik van een teamaanpak om te voorzien in de behoeften van zorgvragers en hun naasten, inclusief rouwverwerking, die waar nodig de kwaliteit van leven zal verhogen en indien mogelijk het ziekteverloop positief zal beïnvloeden;
- Is vroeg in het ziekteverloop toepasbaar, in combinatie met een verscheidenheid aan andere behandelingen die gericht zijn op het verlengen van het leven, zoals chemotherapie, radiotherapie en omvat onderzoeken die nodig zijn om pijnlijke klinische complicaties beter te begrijpen en te behandelen.

Toelichting:

De hier vermelde omschrijving van palliatieve zorg omvat een breed scala van (be)handelingen en interventies, die gericht zijn op het voorkomen of verlichten van lijden van zorgvragers met een levensbedreigende aandoening. In de oude omschrijving van palliatieve zorg van de WHO stond in plaats van levensbedreigende aandoening: *'ziekte die niet meer reageert op curatieve behandeling'*. Dit geeft wellicht nog eenduidiger aan waar het om gaat.

Bij curatieve zorg is (in tegenstelling tot bij palliatieve zorg) het hoofddoel ziekte te genezen of althans zodanig te beïnvloeden dat voor de zorgvrager (nagenoeg) sprake is van een normale levensverwachting. Dat is niet het hoofddoel bij palliatieve zorg.

Hoewel de oude omschrijving beter aangeeft waar het bij palliatieve zorg om gaat, is ervoor gekozen om de huidige omschrijving van de WHO te gebruiken om verwarring te voorkomen en de eenduidigheid te bevorderen.

Palliatieve zorg omvat altijd pijn- en symptoombestrijding. Pijn- en symptoombestrijding is ook op zichzelf een veel gebruikt begrip in de praktijk van de zorgverlening en wordt daarom als apart begrip omschreven. Een vergelijkbare overweging geldt voor stervensbegeleiding. Palliatieve zorg in de laatste levensfase wordt ook wel stervensbegeleiding genoemd. Stervensbegeleiding bestond echter al als begrip en was al ingeburgerd voordat palliatieve zorg ingang vond. Stervensbegeleiding komt daarom ook apart aan de orde.

## 2. Palliatief beleid en symptomatisch beleid

Palliatieve zorg is actieve en doelgerichte zorg. Allerlei behandelingen kunnen een plaats hebben binnen palliatieve zorg, zoals behandelingen met medicijnen, kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel, chirurgische ingrepen, chemotherapie, radiotherapie, en dergelijke. Eén van de kenmerken van palliatieve zorg is dat het niet de intentie heeft de dood te bespoedigen noch uit te stellen. In de praktijk kan het echter wenselijk zijn dat een behandeling geen levensverlengend effect heeft, gezien de situatie van de zorgvrager.

Daarom wordt er binnen de palliatieve zorg een onderscheid gemaakt tussen een **palliatief beleid** en een **symptomatisch beleid**.

Een **palliatief beleid** is een (medisch) beleid dat er primair op gericht is te zorgen voor een optimaal welbevinden en een aanvaardbare kwaliteit van leven van de zorgvrager. Een levensbekortend effect van een behandeling is geen bezwaar (geen reden om de behandeling niet in te zetten). Indien een behandeling van een bijkomende aandoening levensverlengend als neveneffect heeft, is dat evenmin een bezwaar.

Een **symptomatisch beleid** is eveneens een beleid dat erop gericht is te zorgen voor een optimaal welbevinden en een aanvaardbare kwaliteit van leven van de zorgvrager, 'maar waarbij een levensverlengend neveneffect als gevolg van een op dit doel gericht handelen ongewenst is'.

Met andere woorden: als een behandeling voor een bijkomende aandoening een levensverlengend effect heeft, is dat bij een symptomatisch beleid een reden om deze behandeling niet in te zetten.

## A. Specifieke begrippen: normaal medisch handelen

### 3. (Staken of niet starten van) kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel

Het begrip '(Staken of niet starten van) kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel' heeft de volgende omschrijving:

*'Het stoppen of niet beginnen met het kunstmatig toedienen van eten en drinken via sonde of infuus.'*

Toelichting:

Deze omschrijving zal op zichzelf weinig aanleiding tot verwarring geven. De verwarring ontstaat doordat het begrip in één adem genoemd wordt met andere begrippen.

### 4. Afzien van behandeling

'Afzien van behandeling' heeft de volgende omschrijving:

*'Het afzien/niet inzetten van een bepaalde behandeling.'*

Toelichting:

De term behandeling vraagt enige aandacht. Ook al bevindt een zorgvrager zich in de eindfase van zijn leven, wil dat niet zeggen dat hij geen enkele behandeling meer krijgt. Zorgvragers krijgen bijvoorbeeld antibiotica tegen longontsteking. Die behandeling is zelfs op genezing van de longontsteking gericht.

Bij 'afzien van behandeling' gaat het steeds om de afweging of een bepaalde behandeling nog zinvol is gezien de situatie en wensen van de zorgvrager.

Het begrip 'afzien van behandeling' wordt ook wel aangeduid als 'abstineren'. De beide begrippen hebben dezelfde betekenis. Het begrip 'afzien van behandeling' geeft de betekenis directer en duidelijker aan dan het begrip 'abstineren'. De term 'abstineren' is bovendien onbekender bij de zorgvrager en kan daardoor verhullend werken.

Gebruik van het begrip 'afzien van behandeling' verdient daarom de voorkeur, zeker in de communicatie met zorgvragers.

### 5. Staken van behandeling

De omschrijving van het begrip 'Staken van behandeling' luidt:

*'Het stoppen van een medische behandeling die de zorgvrager nu krijgt.'*

Toelichting:

Dit begrip lijkt op het begrip 'afzien van behandeling'. Het verschil met dat begrip is als volgt: afzien van behandeling doelt op de situatie dat een behandeling niet wordt ingezet. Het besluit is om niet te starten met een bepaalde behandeling. Staken van behandeling doelt daarentegen op de situatie dat een behandeling die al is ingezet wordt stopgezet.

### 6. Reanimatie/ Niet-reanimatie

Het begrip 'Reanimatie' heeft de volgende omschrijving:

*'Een behandeling voor het acuut/ plotseling falen van de bloedsomloop en/of de ademhaling van de zorgvrager door middel van hartmassage en/of beademing.'*

Toelichting:

Het begrip 'Niet-reanimatie' duidt uiteraard op de omgekeerde situatie, namelijk het afzien van hartmassage en/of beademing bij het acuut falen van de bloedsomloop en/of ademhaling van de zorgvrager.

### 7. Pijn- en symptoombestrijding

Het begrip 'pijn- en symptoombestrijding' heeft de volgende omschrijving:

*'De bestrijding van voor de zorgvrager belastende klachten/verschijnselen.'*

Toelichting:

Indien de zorgvrager klachten heeft over pijn of andere verschijnselen, krijgt hij daarvoor medicijnen of een behandeling.

Pijn- en symptoombestrijding zijn vanzelfsprekend altijd een onderdeel van palliatieve zorg.

### 8. Palliatieve sedatie

De omschrijving van palliatieve sedatie luidt:

*'Het verlagen van het bewustzijn van een zorgvrager in de laatste levensfase.'*

Toelichting:

Palliatieve sedatie is het toedienen van kalmerende middelen om belastende lichamelijke (bijvoorbeeld misselijkheid, braken of benauwdheid) of psychische symptomen (bijvoorbeeld angst of onrust) te verlichten.

Er zijn verschillende niveaus van sederen mogelijk van het licht dempen van angstgevoelens tot het zodanig verlagen van het bewustzijn dat er sprake is van diepe slaap.

De palliatieve sedatie kan verder tijdelijk zijn of tot aan het overlijden van de zorgvrager duren. Voor verschillende niveaus of gradaties van sederen zijn in het veld ook protocollen ontwikkeld.

Kenmerken van palliatieve sedatie die in de literatuur naar voren komen zijn:

- zodanige verlaging van het bewustzijn van de zorgvrager dat er sprake is van een diepe slaap;
- ter bestrijding van refractaire symptomen;
- in de laatste levensfase
- sedatie vindt plaats tot het moment van overlijden.

Deze kenmerken kunnen de suggestie wekken dat palliatieve sedatie per definitie altijd betekent dat de zorgvrager in een diepe slaap gebracht wordt en dat een lichter niveau van sedatie niet mogelijk is in de terminale fase. Dit is echter niet het geval.

Ook in de terminale fase is de mate waarin de zorgvrager belastende symptomen ervaart bepalend voor de mate van sedatie. Dit kan dus variëren van lichte tot diepe sedatie. In bijzondere situaties kan het daarbij nodig zijn om over te gaan tot een diepe sedatie tot aan het overlijden.

## B. Specifieke begrippen: levensbeëindiging

### 9. Euthanasie

Het begrip 'Euthanasie' heeft de volgende omschrijving (Euthanasiewet):

*'Levensbeëindiging door een arts op het uitdrukkelijke verzoek van de zorgvrager'.*

Toelichting:

De betekenis van het begrip 'euthanasie' is wettelijk verankerd in de 'Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding', in het spraakgebruik 'Euthanasiewet' genoemd. Artikel 2 van deze wet bevat de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Een arts die een verzoek om euthanasie heeft ingewilligd, is niet langer strafbaar als hij aan deze zes zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Een van de zorgvuldigheidseisen is dat er sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de zorgvrager. Deze eis is ook terug te vinden in de bovenstaande omschrijving. Het gaat bij euthanasie om een door de arts uitgevoerde levensbeëindiging op verzoek van de zorgvrager.

### 10. Hulp bij zelfdoding

Het begrip 'Hulp bij zelfdoding' heeft volgende omschrijving (Euthanasiewet):

*'Het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen'.*

Toelichting:

Ook dit begrip is beschreven in de Euthanasiewet.<sup>16</sup> De wettelijke zorgvuldigheidseisen uit artikel 2 van deze wet, gelden ook voor hulp bij zelfdoding. Een arts die een zorgvrager op zijn of haar verzoek dodelijke middelen voorschrijft of verstrekt, die de zorgvrager vervolgens zelf inneemt, verleent hulp bij zelfdoding.

### 11. Medisch zinloos handelen

Medisch zinloos handelen is geen beslissing, maar een reden waarom een bepaalde beslissing genomen wordt.

Bijvoorbeeld: de kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel wordt gestaakt omdat de toediening medisch zinloos geworden is. Dit begrip hoort daarom eerder thuis bij de zorgvuldigheidseisen

De omschrijving van 'Medisch zinloos handelen' luidt:

*'Handelen dat niet meer bijdraagt aan de oplossing van het medische probleem van de zorgvrager en/of waarbij de beoogde behandeling qua effecten en belasting niet in redelijke verhouding staat tot het te bereiken doel, volgens de professionele standaard'.*

Toelichting:

In de ethiek wordt wel gewezen op het onderscheid tussen de twee delen van de begripsomschrijving. Het eerste deel (handelen dat niet meer bijdraagt aan de oplossing van het medische probleem van de zorgvrager) gaat dan over een medisch-technisch oordeel, dat aan de arts toekomt op basis van zijn professionele deskundigheid. Het tweede deel van de omschrijving gaat daarnaast over een normatief of kwaliteits van leven-oordeel, dat slaat op de proportionaliteit van de behandeling (belasting en effecten ervan) in relatie tot het doel daarvan. Het is belangrijk dat daarbij altijd aandacht gegeven wordt aan de mogelijkheden en wensen van de zorgvrager. Ook de informatie aan de zorgvrager over de proportionaliteit of het ontbreken daarvan is essentieel.

De woorden 'volgens de professionele standaard' zijn aan de omschrijving toegevoegd om aan te geven dat het (zoveel mogelijk) om een objectieve afweging moet gaan.

De professionele standaard van de hulpverlener is niet alleen van belang voor het invullen van het begrip normaal medisch handelen, maar ook voor het onderscheid tussen medisch zinvol en medisch zinloos handelen. Het uitgangspunt is dat een arts medisch zinloze verrichtingen achterwege moet laten

# Zorgvuldige zorgverlening en beslissingen rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg

## 2.1 Inleiding

De begrippen uit het vorige hoofdstuk staan niet op zichzelf. Zij komen aan de orde in het zorgproces rond het levenseinde van de zorgvragers in het verpleeghuis. Tijdens dat zorgproces kan zich bijvoorbeeld de vraag voordoen of een zorgvrager wel of geen kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel moet krijgen. In dit hoofdstuk ligt de nadruk daarom op het zorgproces rond het levenseinde van zorgvragers in het verpleeghuis. Voor de uitwerking van het zorgproces is er eerst aandacht voor de rol van de zorgaanbieder (de instelling) en de verschillende categorieën zorgvragers in het verpleeghuis. Daarna volgt een paragraaf waarin de algemene uitgangspunten voor besluitvorming over een (medische) behandeling aan de orde komen. Deze algemene uitgangspunten zijn vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en gelden altijd.

Het resterende deel van het hoofdstuk is gewijd aan een uitwerking van het zorgproces van de zorgvrager in het verpleeghuis. Het zorgproces is onderverdeeld in een aantal fasen en per fase is er aandacht voor de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners, in het bijzonder de specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundigen en verzorgenden. Tevens is er aandacht voor de onderlinge communicatie en voor de communicatie met de zorgvrager en/of zijn naasten en voor de besluitvorming over de algemene richting van de zorg voor de zorgvrager of over specifieke begrippen rond het levenseinde.

Een dergelijke uitwerking op papier van het zorgproces in fasen en de bijbehorende taken en verantwoordelijkheden voor zorgverleners en dergelijke kan geen uitdrukking geven aan de feitelijke realiteit van de menselijke interacties. Het uitgangspunt van de zorg (rond het levenseinde) moet zijn dat het gaat om menselijke zorg, om zorg die erop gericht is de zorgvrager zo goed mogelijk te helpen en te ondersteunen. Dergelijke zorg is alleen maar mogelijk als de zorgverleners zich met aandachtige betrokkenheid richten op de zorgvrager, als zij verantwoordelijkheid nemen voor de zorgverlening, de zorg competent en met compassie uitvoeren en openstaan voor de reactie van de zorgvrager. In de interacties tussen de zorgverleners onderling is het ook belangrijk dat zij betrokken zijn en openstaan voor elkaar.

### ***De zorgvrager moet toestemming geven voor een (be)handeling***

Een belangrijk uitgangspunt is dat de zorgvrager toestemming moet geven voor de behandeling, die de arts, verpleegkundige of verzorgende voorstelt. De andere kant van dit uitgangspunt is dat de zorgvrager zijn toestemming ook kan onthouden: hij heeft het recht om een behandeling te weigeren. In het kader van medische beslissingen rond het levenseinde kan de zorgvrager bijvoorbeeld aangeven dat hij niet gereanimeerd wil worden of dat hij geen kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel wil. Een dergelijke wens van de zorgvrager (weigeren van behandeling) dient gerespecteerd te worden, maar mag wel bevestigd worden.

De zorgvrager kan ook juist wel gereanimeerd willen worden, wel kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel willen en alle andere mogelijke behandelingen. Deze wensen zijn niet afdwingbaar. De specialist ouderengeneeskunde houdt een eigen professionele verantwoordelijkheid. Hij hoeft geen medisch zinloze handelingen te verrichten. Voor zover de behandeling niet schadelijk is voor de zorgvrager, kan de specialist ouderengeneeskunde besluiten om een behandeling, die vanuit medisch perspectief zinloos is (draagt niet bij aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de zorgvrager en voorkomt verslechtering ook niet) toch uit te voeren om de zorgvrager bijvoorbeeld nog even tijd te geven om zich aan te passen aan zijn veranderende situatie.

Dit uitgangspunt (toestemming van zorgvrager nodig voor behandeling) is gebaseerd op respect voor de autonomie van de zorgvrager. De zorgvrager is een zelfstandig persoon, die zijn eigen ideeën en opvattingen heeft over wat voor

hem belangrijk is in het leven. De zorgvrager moet daarom in staat gesteld worden om zelf te beslissen of en welke behandeling het beste bij zijn opvattingen en manier van leven past.

De arts is de eerst aangewezen om de zorgvrager om toestemming te vragen. Hij kan het informeren over de (be)handeling ook delegeren aan de verpleegkundige of verzorgende. Zij dient de zorgvrager dan te informeren over de behandeling.

### ***Besluitvorming bij wilsonbekwame zorgvragers***

Bij de bovenstaande algemene uitgangspunten is er steeds vanuit gegaan dat de zorgvrager zelf in staat is om beslissingen te nemen. De aanname is dat de zorgvrager wilsbekwaam is. In het verpleeghuis verblijven relatief veel zorgvragers die door verschillende oorzaken (CVA, dementie) soms niet meer in staat zijn om zelf bepaalde beslissingen te nemen. Deze zorgvragers zijn voor die beslissingen wilsonbekwaam. In principe gelden voor de besluitvorming over (medische) behandelingen van wilsonbekwame zorgvragers dezelfde algemene uitgangspunten. Als de zorgvrager wilsonbekwaam is, treedt een vertegenwoordiger in zijn plaats.

De vertegenwoordiger heeft de plicht te handelen als goed vertegenwoordiger, in het belang van de zorgvrager. Hij moet denken vanuit de wilsonbekwame zorgvrager: wat zou de zorgvrager gewild hebben?

Voor zover mogelijk moet de vertegenwoordiger de wilsonbekwame zorgvrager bij de besluitvorming betrekken. De zorgverleners zijn verplicht om de vertegenwoordiger (en de wilsonbekwame zorgvrager) de relevante informatie te verschaffen. De vertegenwoordiger kan in de plaats van de zorgvrager toestemming voor behandeling geven. Hij kan ook in de plaats van de zorgvrager een behandeling weigeren. De zorgverlener respecteert de beslissing van de vertegenwoordiger van de zorgvrager, tenzij dit niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.

De zorgverlener kan de weigering van de vertegenwoordiger bijvoorbeeld naast zich neerleggen als de weigering duidelijk ernstige schade voor de zorgvrager tot gevolg zal hebben. Ook als de vertegenwoordiger activiteiten of behandelingen van de zorgverlener vraagt die medisch zinloos zijn en/of strijdig met de professionele standaard, mag de zorgverlener dit verzoek naast zich neerleggen. Bij een patstelling tussen de opvatting van de vertegenwoordiger en arts kan het nuttig zijn een second opinion te vragen.

Net als bij een wilsbekwame zorgvrager kan een specialist ouderengeneeskunde besluiten om een behandeling, die weliswaar vanuit medisch perspectief niet zinvol meer is, toch uit te voeren om naasten de gelegenheid te geven zich aan de veranderende situatie van de zorgvrager aan te passen, voor zover die behandeling de zorgvrager niet schaadt. Indien een wilsonbekwame zorgvrager zich verzet tegen een behandeling waarvoor zijn vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven, kan de behandeling alleen uitgevoerd worden als er zonder behandeling ernstige schade voor de zorgvrager dreigt.

## **2.2 Het zorgproces rond het levenseinde van zorgvragers in het verpleeghuis**

Het zorgproces begint op het moment dat de zorgvrager in het verpleeghuis opgenomen wordt.

Zo spoedig mogelijk na opname wordt een zorgplan voor de zorgvrager vastgesteld. De zorgverlening, die al bij de opname gestart is, wordt vastgelegd in het zorgplan.

Een veranderde situatie van de zorgvrager kan vervolgens om concrete besluitvorming vragen over de (on)wenselijkheid van bepaalde (medische) behandelingen. Op basis van deze besluitvorming kan een aanpassing van het zorgplan nodig zijn. Dit proces kan zich herhalen. Het zorgproces is eigenlijk een cyclisch proces van signaleren van veranderingen in de situatie van de zorgvrager, (indien nodig) besluitvorming naar aanleiding van de veranderde situatie en aanpassing van het zorgplan.

Om de vuistregels bij de verschillende momenten in het zorgproces duidelijk te maken is het zorgproces hier voor de overzichtelijkheid verdeeld in een aantal fasen:

1. Opname van de zorgvrager en start van het zorgproces;

2. Bepalen van anticiperend beleid

(al proberen vast te stellen wat er in bepaalde gevallen wel of niet gedaan zal worden als de gezondheidssituatie van de zorgvrager verslechtert of zich bepaalde acute problemen voordoen);

3. Vervolg van het zorgproces

(waarin de gezondheidstoestand van de zorgvrager zich volgens het verwachte patroon ontwikkelt of stabiel is);

4. Het concrete besluitvormingsproces rond bepaalde normale medische (be)handelingen als de situatie zich voordoet ;

5. Vervolg van het zorgproces ;

6. Stervensfase

7. Na overlijden van de zorgvrager.

## **2.3 Bepalen van anticiperend beleid**

In de verpleeghuissector is het een goed gebruik om voor elke zorgvrager een anticiperend beleid te ontwikkelen.

Een 'anticiperend beleid' houdt in dat de (globale) doelstellingen en grenzen van het medisch beleid op hoofdlijnen vastgelegd worden. Dit beleid op hoofdlijnen vormt het kader voor toekomstige concrete zorg- en behandelbeslissingen. Een anticiperend beleid is nodig bij alle zorgvragers met chronische (progressieve) aandoeningen. Het te verwachten beloop van die aandoeningen brengt met zich mee dat de zorgvrager, zijn naasten en de betrokken zorgverleners zich moeten voorbereiden op de toekomst. Een anticiperend beleid kan hierbij ondersteuning bieden.

Binnen de verpleeghuissector kunnen de volgende doelen van medisch handelen onderscheiden worden:

**- Curatief**

Het hoofddoel van de behandeling is om de ziekte te genezen of zodanig te beïnvloeden dat de zorgvrager weer een normale levensverwachting heeft.

**- Revalidatie**

Het hoofddoel van de behandeling is om de gevolgen van (chronische) ziekten te beïnvloeden en de zorgvrager te helpen zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren.

**- Palliatief**

Medisch beleid dat erop gericht is te zorgen voor een optimaal welbevinden en een aanvaardbare kwaliteit van leven van de zorgvrager. Indien een behandeling van een bijkomende aandoening levensverlenging als neveneffect heeft, is dat geen bezwaar (zie hoofdstuk 1)

**- Symptomatisch**

Medisch beleid dat ook gericht is op een optimaal welbevinden en een aanvaardbare kwaliteit van leven voor de zorgvrager. Een levensverlengend neveneffect van een op dit doel gericht handelen is echter ongewenst.

In het kader van zorgvuldige zorgverlening en beslissingen rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg is vooral de keuze voor palliatief of symptomatisch beleid van belang.

Bij de vaststelling van het anticiperend beleid gaat het erom de richting van de zorgverlening te bepalen. Na de opname van de zorgvrager is het daarom van belang zo snel mogelijk het anticiperend beleid vast te stellen en in een zorg- en behandelplan vast te leggen. In dit zorg- en behandelplan staan de hoofddoelstellingen van de zorg en van de behandeling.

De hoofddoelstellingen van de zorg en behandeling met de daarvan afgeleide prioriteiten bepalen welke leden van het multidisciplinaire team bij de zorgverlening betrokken moeten worden. Bij de groep van ouderen met complexe gezondheidsproblemen zullen verpleegkundigen, verzorgenden en specialist ouderengeneeskunde altijd deel uitmaken van het multidisciplinaire team.

In het verpleeghuis lijkt de specialist ouderengeneeskunde de aangewezen zorgverlener om verantwoordelijk te zijn voor de inhoud, de uitvoering en coördinatie van het zorgplan van de zorgvrager. Verantwoordelijk voor de inhoud wil echter niet zeggen dat één zorgverlener het zorgplan noodzakelijkerwijs alleen en eigenhandig opstelt. Het zorgplan bevat immers allerlei informatie die bijdraagt aan de doelstelling van de zorg en behandeling van de zorgvrager. Alle teamleden hebben hun eigen inbreng bij het opstellen en het uitvoeren van het zorgplan. Vanuit het oogpunt van een efficiënte en doelmatige zorgverlening is wel aangewezen dat één zorgverlener de inhoud van het zorgplan coördineert en beoordeelt wat nodig is om de doelstelling te bereiken. Uitvoering en verantwoordelijkheid zijn twee te onderscheiden begrippen. In dit rapport gaat het doorgaans om de besluitvorming bij – medische – beslissingen rond het levenseinde. De eindverantwoordelijkheid voor deze beslissingen ligt bij de specialist ouderengeneeskunde. Dit laat uiteraard onverlet dat multidisciplinair overleg bij het opstellen van het zorgplan door de beroepsgroepen als essentieel onderschreven wordt, en in de praktijk ook goed en vast gebruik is. Het zorgplan moet in overleg met de zorgvrager en/of zijn naasten regelmatig geëvalueerd worden om na te gaan of het nog actueel is en past bij de situatie van de zorgvrager.

**Aandacht voor mogelijke beslissingen rond het levenseinde**

In de gesprekken met de zorgvrager en/of zijn naasten in het kader van het zorgplan moet ook aandacht besteed worden aan de (on)mogelijkheden bij verslechtering van zijn gezondheidstoestand in de toekomst, zodat zowel de zorgvrager en zijn naasten als de zorgverleners van elkaar weten wat de eventuele wensen en mogelijkheden van de zorgvrager zijn (bijvoorbeeld wel pijn- en symptoombestrijding, maar geen handelen dat gericht is op levensverlenging).

De zorgvragers in het verpleeghuis vormen geen homogene groep. Welke beslissingen rond het levenseinde in gesprekken aan de orde komen en wanneer, zal daarom mede afhangen van de categorie waartoe de zorgvrager behoort (revalidatie, langdurig verblijf, hospice). Voor een aantal beslissingen, zoals wel of niet reanimeren, geldt dat de instelling of zorgverleners moeten weten hoe de zorgvrager en/of zijn naasten daarover denken ongeacht de categorie waartoe de zorgvrager behoort.

**Aanwezigheid zorgverleners bij gesprek met zorgvrager en/of zijn naasten**

De specialist ouderengeneeskunde voert het gesprek met de zorgvrager en/of zijn naasten.

Het verdient aanbeveling dat ook een verpleegkundige/verzorgende, die bij de zorgverlening aan de zorgvrager betrokken is, aanwezig is bij dit gesprek indien de zorgvrager en/of zijn naasten daartegen geen bezwaar hebben.

Vanuit haar eigen taak en professionele verantwoordelijkheid heeft de verpleegkundige/verzorgende informatie over de zorgvrager. Het stelt de verpleegkundige/verzorgende ook in staat haar begeleidende taak uit te voeren door de informatie uit het gesprek nog eens te kunnen herhalen als de zorgvrager of zijn naasten daar behoefte aan blijken te hebben.



### **Algemene vuistregels voor een gesprek met de zorgvrager en/ of zijn naasten ongeacht de groep waartoe de zorgvrager behoort:**

- Informatie van de specialist ouderengeneeskunde over de gezondheidstoestand en de perspectieven van de zorgvrager;
- Samen met de zorgvrager en/of zijn naasten nagaan waarop de zorgverlening het beste gericht kan zijn (bijvoorbeeld de keuze tussen palliatief of symptomatisch beleid).
- Zo nodig nogmaals informatie geven over het beleid van de instelling voor bepaalde beslissingen rond het levenseinde (bijvoorbeeld: een niet-reanimatiebeleid) en voor euthanasie en hulp bij zelfdoding).
- Informeren bij de zorgvrager en/of zijn naasten of de zorgvrager een schriftelijke wilsverklaring heeft. Er eventueel op aandringen dat de zorgvrager zijn wensen vastlegt in een schriftelijke wilsverklaring.
- Aandacht besteden aan de informatie en wensen van de zorgvrager en/of zijn naasten. Aangezien over wel of niet reanimeren geen overleg met de zorgvrager mogelijk is op het moment dat de situatie zich voordoet, is het belangrijk om bij het bepalen van het anticiperende beleid in ieder geval het (niet-)reanimatiebeleid voor deze zorgvrager vast te stellen.
- Aandacht besteden aan de gewoonten, culturele achtergrond, angsten, zorgen en vragen van de zorgvrager en zijn naasten.

### **Extra vuistregels indiende zorgvrager al in de laatste levensfase verkeert:**

- Onderzoeken op welke manier naasten bij de verzorging van de zorgvrager betrokken willen en kunnen zijn (voor zover de zorgvrager dit wenst).
- Wijzen op de signalerende (of observerende rol) die de naasten kunnen spelen (indien de zorgvrager dat zelf niet meer kan) door informatie over het comfort of uitingen van de zorgvrager aan de zorgverleners door te geven, zodat zij daar extra aandacht aan kunnen besteden.
- Duidelijk maken dat ook in de allerlaatste fase van het leven de zorgvrager goede en effectieve zorg zal krijgen en aangeven welke zorg dat is.
- Aandacht hebben voor de wensen, zorgen en vragen van de zorgvrager en/of zijn naasten rond het sterven van de zorgvrager.
- Aandacht hebben voor mogelijkheden van ondersteuning van de zorgvrager en/of zijn naasten bij problemen die zij ervaren met het naderende overlijden van de zorgvrager.
- Aandacht hebben voor de behoefte van de zorgvrager en/of zijn naasten aan steun op psychosociaal vlak. Deze informatie kan zowel door de specialist ouderengeneeskunde, als door de verpleegkundige of verzorgende gegeven worden.

### **Algemene vuistregels voorgesprekken met de zorgvrager en/of zijn naasten**

- Informatie geven door de specialist ouderengeneeskunde over de gezondheidstoestand, de levensverwachting en de perspectieven van de zorgvrager.
- Nagaan of de interpretatie van de signalen door de zorgverleners overeenkomt met de interpretatie van de wilsbekwame zorgvrager zelf of met de interpretatie van de naasten van de wilsbekwame zorgvrager.
- Aandacht hebben voor de wensen, gewoonten, culturele achtergrond, angsten en vragen van de zorgvrager en/of zijn naasten.
- Aandacht besteden aan de afspraken uit het zorgplan. Nagaan of de afspraken duidelijk genoeg zijn en of de zorgvrager en/of zijn naasten er nog steeds zo over denken.

### **Vuistregels voor gesprekken met de zorgvrager en zijn naasten over specifieke begrippen rond het levenseinde**

#### **(Staken of niet starten van) Kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel**

- Uitleg geven over de fysiologische aspecten van het (niet) kunstmatig toedienen van vocht en/of voedsel (de invloed op het stervensproces).
- Uitleggen dat de zorgvrager meestal geen pijn lijdt doordat hij niet eet en drinkt.
- Uitleg geven over de medische zinvolheid of zinloosheid van kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel bij deze zorgvrager.
- Uitleg geven over de uitvoering van kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel indien de zorgvrager dit wel krijgt.
- Uitleg geven over de verzorging van de zorgvrager als hij geen kunstmatig vocht en/of voedsel toegediend krijgt: verpleegkundigen en verzorgenden blijven eten en drinken aanbieden weliswaar afhankelijk van de situatie (slikken moet immers wel veilig zijn), en zullen zorgen voor goede mondverzorging.

#### **Afzien of staken van behandeling**

- Uitleg geven over de gevolgen indien de behandeling wel of niet gestart of gestaakt wordt.
- Uitleg geven over de medische zinloosheid van een bepaalde behandeling (de behandeling draagt niet meer bij aan verbetering van de gezondheidssituatie van de zorgvrager en voorkomt ook geen verslechtering daarvan en/of de behandeling heeft mogelijk wel een positief effect maar dit effect staat in geen verhouding tot de belasting van de behandeling).
- Uitleg geven dat de verzorging wel doorgaat, evenals de medische zorg gericht op symptoombestrijding.

### **Pijn- en symptoombestrijding**

- Uitleg geven over verschillende vormen van pijn- en symptoombestrijding en de voorgestelde keuze bij deze zorgvrager.
- Uitleg geven over eventuele bijwerkingen van bepaalde pijnbestrijdingsmiddelen (bijvoorbeeld: misselijkheid en braken, hallucinaties en mogelijk bewustzijnsverlies bij toediening van morfine).

### ***Palliatieve sedaties***

- Aangeven van de indicatie voor en het doel van palliatieve sedatie.
  - Uitleggen dat palliatieve sedatie geen levensverkortend effect hoeft te hebben.
  - Uitleggen wat de opties bij ernstig en onbehandelbaar lijden van de zorgvrager zijn (diepe sedatie in de terminale fase).
  - Uitleg geven over de handelwijze bij onvoorziene situaties
- Uitleg geven over de mogelijkheden en beperkingen van palliatieve sedatie:
- \* De verschillende niveaus van sedatie;
  - \* De mogelijkheid van (ongewenst) wakker worden;
  - \* Het verschil tussen tijdelijke en continue sedatie;
  - \* De onzekerheid over de snelheid waarmee het noodzakelijke niveau van bewustzijnsdaling bereikt kan worden;
  - \* Uitleggen dat onwillekeurige bewegingen of onrust van de zorgvrager niet hoeven te duiden op pijn of discomfort bij de zorgvrager;
  - \* Uitleggen dat sommige symptomen (bloedingen, braken, diarree) door de sedatie (in de terminale fase) niet worden voorkomen of weggenomen, maar dat de zorgvrager zich van deze symptomen niet bewust is;
  - \* Uitleg geven over de medische zinloosheid van verschillende medische behandelingen tijdens diepe en continue sedatie, zoals de kunstmatige toediening van vocht en/of voedsel.
- Wijzen op de gevolgen van palliatieve sedatie: het verminderen of wegvallen van de mogelijkheid tot communicatie van en met de zorgvrager.
  - Uitleg geven over de uitvoering van de palliatieve sedatie: informatie over de toe te dienen middelen en over de manier waarop de middelen toegediend zullen worden.
  - Wijzen op de verzorgende rol die de naasten kunnen spelen tijdens de palliatieve sedatie.
  - Wijzen op de signalerende en observerende rol die de naasten kunnen spelen tijdens de palliatieve sedatie (door informatie over het comfort van de zorgvrager aan de zorgverleners door te geven, zodat zij daar extra aandacht aan kunnen besteden).

Ontleend aan de notitie "Begrippen rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg" van de NVVA (nu Verenso) uit 2006

## Voorstel waargave medisch beleid in zorgleefplan (cura) tabblad wilsuitingen

---

6 items met onderstaande scroll down menu's,  
in grijs de standaard ingegeven tekst

### 1<sup>e</sup> Reanimatie:

- Nog niet besproken (dwz ja, indien medisch zinvol)
- Ja (indien medisch zinvol)
- Nee

Datum: (alleen onder vakje Reanimatie)

### 2<sup>e</sup> acute ziekenhuisopname:

- Nog niet besproken (dwz ja, indien medisch zinvol)
- Ja, indien medisch zinvol (curatief beleid)
- Nee, tenzij bij meerwaarde voor de patiënt, bijv. na een heup fractuur
- Nee, ook niet bij bijv. een heup fractuur (symptomatisch beleid)

### 3<sup>e</sup> kunstmatige toediening van vocht en behandeling met antibiotica:

- Standaard = leeg
- Nog niet besproken (dwz ja, indien zinvol)
- Ja, zowel kunstmatige vochttoediening als antibiotica, indien medisch zinvol (curatief beleid)
- Geen kunstmatige vochttoediening, wel behandeling met antibiotica (curatief / palliatief beleid)
- Nee (symptomatisch beleid)

### 4<sup>e</sup> Wilsverklaring aanwezig:

Huidige opties (@ mien zie aub cura zlp) zijn goed maar toevoegen:

- o Er is een NR verklaring, er is geen behandelverbod

VAK tbv Vrije tekst "toelichting anticiperend medisch beleid"



### 5<sup>e</sup> Weefseldonatie:

Scrolldown menu aanvullen met:

- o (indien aan de orde) bespreken met cliënt en / of familie

### 6<sup>e</sup> Griepvaccinatie:

huidige opties overnemen