

Achtergrondinformatie Behandelwensengesprek

Juridische aspecten

1. Vereiste van toestemming en weigering

- Schriftelijke wilsverklaring: behandelverbod is geen verzoek maar dwingend voorschrift waar de arts zich in principe aan moet houden (mits door patiënt zelf ondertekend en voorzien van datum).
- Bij negatieve wilsverklaring en arts vindt behandeling niet medisch zinloos: arts kan beslissen toch te behandelen, mits “hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht” (beargumenteerd verslag in medisch dossier).
- Schriftelijk verzoek om actieve levensbeëindiging valt buiten de wet WGBO, en heeft geen dwingend karakter.

2. Goed hulpverlenerschap

- “De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen vanuit de professionele standaard in overeenstemming met op hem rustende verantwoordelijkheid”.
- (Moet dus ook geen zinloos medisch handelen doorvoeren waarvan een vakgenoot ook de zinloosheid van inziet)

3. Dossierplicht

- M.b.t. afzien en staken van behandeling: arts heeft plicht dit duidelijk te omschrijven in het medisch dossier met motivatie.

4. Vertegenwoordiging van wilsonbekwame patiënten

1. Benoemde vertegenwoordiger die schriftelijk door patiënt is aangeduid toen hij nog wilsbekwaam was of wettelijke ouders/voogd bij kind <12 jaar.
2. Vertegenwoordigers:
 - a. echtgenoot, wettelijke partner (tenzij persoon dat niet wenst)
 - b. meerjarig kind, ouder, broer of zus
 - c. wettelijke vertegenwoordiger
 - d. in laatste instantie de arts in multidisciplinair overleg

Literatuur LV gesprek

1. Patient-physician communication at the end of life: a European perspective Amsterdam: VU; 2014.) Evans N.



2. De laatste levensmaanden van ouderen in Nederland Gegevens uit het LASA onderzoek. 2012 December 2012. Report No) Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD, Deeg DJH.
3. Huijberts et al (2015)
4. Advance Care Planning bij kwetsbare ouderen - Ott B, van Thiel G, van Delden H. Huisarts en wetenschap. 2014;57(12):650-2
5. Better palliative care for older people. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2004.) - Davies E, Higginson IJ, World Health O, Regional Office for E.
6. 6. Advance care planning and the older patient. Aw D, Hayhoe B, Smajdor A, Bowker LK, Conroy SP, Myint PK. - QJM : monthly journal of the Association of Physicians. 2012;105(3):225-).
7. Changes in health-related quality of life and factors predicting long-term outcomes in older adults admitted to intensive care units - Hassan Khouli, MD ea Crit Care Med 2011 Vol. 39, No. 4
8. Functional status and quality of life 12 months after discharge from a medical ICU in healthy elderly patients: a prospective observational study-Sacanella et al. Critical Care 2011, 15:R105
9. Functional Trajectories Among Older Persons Before and After Critical Illness – Lauren E. Ferrante, MD ea JAMA Intern Med. 2015;175(4):523-529. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7889
10. Uitkomsten en prognostische factoren bij reanimatie bij OCHA en IHCA (Outer Hospital Cardiac Arrest en In Hospital Cardiac Arrest) in internationale literatuur. CBO-evidencerapport, 2013: 42 artikelen samengevat, waarvan 6 review artikelen. Hieruit de LESA over anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Uitgevoerd door Verenso (waarin oa specialist ouderengeneeskunde, huisarts, specialist, verpleegkundigen, jurist, reanimatieraad, beleidsmedewerker)
11. Reanimatie buiten het ziekenhuis in Noord-Holland en Twente. S.G. Beesems*, J.A. Zijlstra*, R. Stieglis, R.W. Koster, Afdeling cardiologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam. ARREST onderzoek 2015.

