



De Wet Geneeskundige Behandel Overeenkomst (WGBO) en Proactieve zorgplanning

Een zorgvuldige afweging en eventueel behandelverbod op medische grond.

Vanuit de Wet Geneeskundige Behandel Overeenkomst WGBO¹ ben je als arts verplicht goede zorg te leveren. Je moet iemand behandelen die ziek is. Als behandelend arts ben je ook verantwoordelijk om:

- Tijdig in gesprek te gaan over iemands waarden, wensen en behoeften (en zo richting te bepalen voor de toekomst)
- Regie te nemen over de levenseindezorg
- Voor een behandeling Toestemming te vragen en te krijgen (Informed Consent) Een behandelverbod berust op het niet verkrijgen van dit Informed Consent)
- Overbehandeling te voorkomen (Een behandeling Moet medisch zinvol zijn en mag NIET Schaden, dit leidt tot een behandelverbod op medische grond)
- Deugdelijke verslaglegging/ dossierplicht (volgens de landelijke leidraad proactieve zorgplanning²)

Dit leidt tot Proactieve zorgplanning (ACP/PZP). De KNMG beschrijft dit als: Een proactief, cyclisch proces, waarin de patiënt de wensen, doelen en voorkeuren voor de zorg rond het levenseinde met de arts bespreekt en eventueel vastlegt. Dit proces loopt vooruit op het moment dat de persoon zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Het heeft als doel: De zorg van mensen in hun laatste levensfase beter af te stemmen op hun wensen.³

ACP/PZP leidt tot:

A. Levensdoelen

- Wat is voor jouw betekenisvol?
- Wat is voor jou kwaliteit van leven?

B. Wilsverklaring

- Schriftelijke volmacht > Vertegenwoordiging medische behandeling en zorg
- Negatieve Wilsverklaring > Behandelgrenzen/ behandelverbod
- Positieve Wilsverklaring > Euthanasieverzoek

Bij proactieve zorgplanning volg je in eerste instantie de wens van de persoon zelf. Deze kan een behandelverbod opleggen voor bijvoorbeeld reanimeren.

Je kunt ook in de dialoog samen afwegen of een behandeling ondersteunend is aan de levensdoelen of juist niet wenselijk is. Je geeft dan vaak informatie over de slagingskansen en gevolgen van een behandeling.

“Als X dan hoeft het voor mij niet meer dokter, dat is geen kwaliteit van leven”. “Helder, maar als u X wilt voorkomen, dan lijkt het mij verstandig om R niet meer te doen. De kans is namelijk groot

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-patient-en-privacy/rechten-bij-een-medische-behandeling/rechten-en-plichten-bij-medische-behandeling>

² [https://palliaweb.nl/getmedia/1e1ce663-6f7d-46ac-a47a-c8cb589597b7/Leidraad-proactieve-zorgplanning-\(ACP\)_22102020_new.pdf](https://palliaweb.nl/getmedia/1e1ce663-6f7d-46ac-a47a-c8cb589597b7/Leidraad-proactieve-zorgplanning-(ACP)_22102020_new.pdf)

³ <https://knmg-standpunt.maglr.com/knmg-standpunt-levenseinde/standpunt-levenseinde>



dat het gevolg van die behandeling X is als het al lukt. Heeft u daar op deze manier al eens over nagedacht?”

Proactieve zorgplanning is een vrijwillig proces. Men heeft altijd het recht om er niet over te willen praten, geen keuze te maken of niets vast te willen leggen na het gesprek. Dit dien je te respecteren en kan je ook als zodanig registreren. Als arts moet je natuurlijk wel je professionele verantwoordelijkheid nemen (WGBO). Je neemt regie door te beoordelen of een behandeling wel of niet tot overbehandeling/ medisch zinloos handelen leidt bij deze persoon.

Geen overbehandeling

Je hebt als arts de plicht om van medisch zinloos handelen af te zien. Een behandeling is “medisch zinloos /kansloos” als:⁴

- Het te verwachten effect van de behandeling onvoldoende is (effectiviteit)
- Er geen redelijke verhouding meer is tussen het beoogde levensdoel en de daarvoor in te zetten middelen (proportionaliteit)
- Het niet meer mogelijk is om een beoogd minimumniveau van functioneren te bereiken.

Je moet als arts op een zorgvuldige wijze tot dit besluit komen door:

- Overleg in het behandelteam, gebruik eventueel de ethische toolkit KNMG⁵
- Intercollegiaal overleg tussen behandelaren. Denk hierbij aan het Multidisciplinair overleg in de huisartsenpraktijk waarbij de huisarts de afweging samen met de Specialist Ouderengeneeskunde maakt; Consultatie van de mede behandelend specialist door de Huisarts en omgekeerd of afstemming tussen twee betrokken specialisten.
- Het raadplegen van een onafhankelijke arts. (Consultatieteam palliatieve zorg)

De mededeling dat een behandeling niet meer zinvol is kan als een soort opluchting komen. Het kan ook als het ware de eigen wens van de patiënt kracht bij zetten en als steunend worden ervaren.

Ook kan het op weerstand stuiten. Men kan het niet eens zijn met het oordeel, of vragen hebben over hoe dit zich verhoudt tot de eigen wens. Men kan zelfs eisen dat je de kansloze handeling toch uitvoert. Het is je taak om mensen te informeren en bij te staan. Leg het uit, luister naar argumenten en geef aan hoe deze wel of niet meegewogen zijn. Geef niet alleen aan wat er niet meer gedaan wordt, maar ook wat dan wel (alternatief). Het op tijd hierover met elkaar in gesprek gaan geeft de tijd en ruimte om te wennen aan het besluit van de arts en om hier begrip voor te krijgen.

Uiteindelijk blijft het oordeel over medisch zinloos handelen wel een medisch-professioneel oordeel en weerstand of niet, het is dus de plicht van de arts om medisch zinloos handelen niet uit te voeren.

Het niet uitvoeren van medisch zinloze behandeling is overigens normaal medische handelen. Als een patiënt vervolgens overlijdt ten gevolge van de onderliggende aandoening, is er sprake van een natuurlijke dood.

⁴ <https://knmg-standpunt.maglr.com/knmg-standpunt-levenseinde/standpunt-levenseinde>

⁵ <https://www.knmg.nl/ik-ben-geneeskundestudent-1/ethische-toolkit/zelf-aan-de-slag>

