

# Praten over levenseinde wordt verrichting

De kans dat een patiënt in de laatste levensfase passende zorg krijgt, is het grootst als hij met de arts de mogelijkheden bespreekt en zij samen tot een besluit komen. De arts mag dat gesprek vanaf volgend jaar declareren.



**H**et consult over mogelijke behandelopties in de laatste fase van het leven, wordt in 2014 opgenomen in de DOT-systematiek. Dat maakte de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) afgelopen week bekend. 'Het gaat om een consult van minstens een half uur, in een situatie dat de patiënt nog weinig uitzicht heeft op genezing, en met het doel te besluiten om al dan niet verder te behandelen', zo somt een woordvoerder van de NZa de kenmerken van het consult op. Vanaf volgend jaar mogen artsen zo'n gesprek als regulier consult declareren, waardoor het als aparte zorgactiviteit zichtbaar wordt. 'Zo wordt duidelijk hoeveel uren er worden geregistreerd, wanneer en bij welke behandelingen', verwacht de woordvoerder. 'Die gegevens kunnen een rol spelen in de onderhandelingen tussen ziekenhuis en verzekeraar. Dat kan leiden tot een extra tarief, ook zonder dat wij dat aanpassen, in een latere fase.'

### Passende zorg

Het besluit van de NZa was net bekend op de dag dat de stuurgroep 'Passende zorg in de laatste levensfase' een hoorzitting organiseerde. De stuurgroep, een initiatief van de KNMG, bestaat uit artsen, verpleegkundigen en vertegenwoordigers van patiënten, met voormalig inspecteur-generaal Gerrit van der Wal als voorzitter. Het gezelschap moet binnen een paar jaar antwoord geven op de vraag wat er moet gebeuren om patiënten in deze fase van hun leven de zorg te geven die past – niet te weinig, maar vooral ook niet te veel. Zeventien stuurgroepleden lieten er tijdens de hoorzitting in de Domus Medica in korte presentaties hun licht over schijnen: wat is passende zorg eigenlijk, waarom wordt die niet altijd gegeven en hoe kun je ervoor zorgen dat dat wél gebeurt? Het besef dat het niet altijd wijs is om een patiënt te allen tijde te blijven behandelen, groeit. Ter indicatie: lag in 1990 nog aan 28 procent van de sterfgevallen een besluit om niet (meer) te behandelen ten grondslag, in 2010 was dat gegroeid tot 37 procent, vertelde Agnes van der Heide,

bijzonder hoogleraar Besluitvorming en zorg rond het levenseinde aan de Erasmus Universiteit. Maar vaak valt de beslissing anders uit. Vorige week nog verhaalde Medisch Contact hoe een patiënt met longkanker op aanraden van zijn arts koos voor een palliatieve chemokuur, die resulteerde in wekenlange behandeling op de ic – tot hij uiteindelijk vroeg de behandeling te staken om te kunnen sterven.

### Lijdensweg

Dé manier om een lijdensweg als deze te voorkomen is gedeelde besluitvorming – *shared decision making* – door arts en patiënt samen. Maar die weg vergt van beiden inspanning, zo werd tijdens de hoorzitting duidelijk. De arts moet goed informeren en zo nauwkeurig mogelijk uitleggen wat de winst is van een eventuele verdere behandeling. En dat kán ook, zo zei Harm Rutten, hoogleraar oncologische chirurgie in Maastricht, tijdens de hoorzitting. ‘We kunnen de functionele reservecapaciteit van een patiënt voorafgaand aan een ingreep steeds beter inschatten. En daarmee dus ook de kans op succes.’

Anderzijds moet de patiënt weten wat hij wil – al dan niet met behulp van folders en websites – en dat vervolgens in het gesprek met de arts onder woorden kunnen brengen. ‘Neem er de tijd voor’, adviseerde Rutten. ‘Laat een patiënt terugkomen als dat nodig is, net zo lang tot hij weet wat hij wil. Het moet bezinken, en dat kost tijd. Die is er, want acuut ingrijpen is niet altijd nodig.’ Wil er werkelijk sprake zijn van gedeelde besluitvorming, dan moeten in het *shared decision*-gesprek twee fasen worden doorlopen, stelt Hanneke de Haes, hoogleraar medische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam in haar presentatie tijdens de hoorzitting. In de eerste fase informeert de arts de patiënt over de mogelijkheden, en – maar dat wordt vaak vergeten – gaat hij na of de ander zijn woorden ook werkelijk heeft begrepen: ‘De patiënt heeft misschien een heel ander verhaal in het hoofd dan de arts. Dan sluit de informatie niet aan.’ Als

de patiënt eenmaal weet wat de mogelijkheden zijn, is het belangrijk om – in de tweede fase – te bespreken wat voor de patiënt zelf belangrijk is: ‘De één zal de trouwerij van zijn dochter nog willen meemaken, een ander vind het belangrijk om goed afscheid te kunnen nemen van zijn naasten, of misschien thuis voor het raam te zitten. De preferenties van patiënten zijn belangrijk, en je helpt hen door ze aan de orde te stellen.’

teamleden: ‘Dat vereist onder meer dienstverband voor de medisch specialist en een abonnementstarief voor de huisarts.’

### Verrichting

Psycholoog De Haes is goed te spreken over het plan van de NZa om het intensief consult over het levenseinde in de DOT-systematiek op te nemen. ‘Het is goed dat er geld wordt uitgetrokken voor

## ‘De op productie gerichte bekostiging en de werkdruk verhinderen passende zorg’

### Cultuur

De Haes is betrokken bij het vaardigheidsonderwijs. Goed communiceren is te leren, weet zij, maar het toepassen ervan gaat niet zonder slag of stoot. ‘Tijdens de coschappen krijgen studenten bakken met eisen over zich heen. Ze worden opgeleid door assistenten die het zelf ook niet allemaal kunnen en datzelfde geldt voor de stafleden.’ Het is bovenal een kwestie van cultuur, concludeert zij. ‘En die verandert onmiskenbaar.’

Arie Kruseman, oud-voorzitter van de KNMG, toont zich minder optimistisch. ‘Vooral de op productie, dus op verrichtingen, gerichte bekostiging van de zorg en de hoge werkdruk die daarmee gepaard gaat, verhinderen passende zorg’, hield hij de stuurgroep voor. In de klinische fase neemt het inlevingsvermogen van artsen er gaandeweg door af, ondanks intensieve training in de basis- en vervolgopleiding – zeker als de arts er alléén voor staat.

Passende zorg verlenen moet dus wel een teamaangelegenheid zijn, en die staat of valt met een gelijke rechtspositie van alle

een gesprek waarin arts en patiënt samen zoeken naar de optimale strategie. Nu nog kun je wel voor tienduizenden euro’s chemotherapie geven, maar wordt een gesprek van een half uur niet vergoed.’ Kruseman toont zich heel wat minder tevreden: ‘Het heeft weinig zin en is niet te controleren.’ Maar zijn werkelijke bezwaar gaat veel verder dan dat: ‘Het voorstel maakt van het niet-handelen een verrichting. Zo houdt het de “verrichting” dus als leidend beginsel in de bekostiging in stand. Met alle gevolgen van dien.’ ■



Op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl) staat een video met de reactie van Gerrit van der Wal op het NZa-tarief.

### web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit bericht op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl). Lees ook het artikel van Remke van Staveren over patiëntenparticipatie op blz 1790.