

Euthanasie en Medische Handelingen bij het Levensende van Patiënten.

GasthuisZusters Antwerpen

Voorziening Voorzieningen van GZA

Datum 13 november 2008

Versie 009

Inleidende beschouwingen	3
1. Inleiding. 2. Terminologie. 3. Patiëntenrechten.	6 8 10
4. Niet starten/en of staken van levensverlengende medische behandelingen in de terminale fase. 4.1. Wat is het beperkingsformulier? 4.2. Indicaties. <i>1. Niet starten van levensverlengende medische behandelingen.</i> <i>2. Staken van levensverlengende medische handelingen.</i> 4.3. Formele voorwaarden.	11
5. Als om levensbeëindiging wordt gevraagd	12
5.1. Direct of indirect euthanasieverzoek. A. Verkennend gesprek. B. Teambespreking. C. Palliatieve filter procedure.	12
5.2. Als het verzoek tot levensbeëindiging aanhoudt en het sterven is nabij. A. Wanneer het sterven nabij is. B. Begripsomschrijving. C. Zorgvuldigheidsvereisten wat betreft de persoon van de patiënt. <i>Procedure igv het euthanasieverzoek aanhoudt bij een patiënt, van wie het sterven nabij is.</i> D. Rol van de verpleging.	15
5.3. Als het verzoek tot levensbeëindiging aanhoudt en het sterven niet nabij is.	24
6. De wilsverklaring.	25
6.1. Voorafgaand verzoek in een wilsverklaring. 6.2. Opmaak. 6.3. Getuigen. 6.4. Registratie en vermelding in het medisch dossier. 6.5. De wilsverklaring mag niet ouder zijn dan vijf jaar en kan steeds worden gewijzigd of herroepen. 6.6. Vertrouwenspersonen. 6.7. Medische situatie van de patiënt. <i>Procedurele voorwaarden bij een voorgelegde wilsverklaring.</i>	
7. Specifiek aandachtspunt: wilsonbekwame patiënten 7.1. Wat is een wilsonbekwame patiënt. 7.2. Medische besluitvorming aangaande het levens einde bij wilsonbekwame patiënten.	29
BIJLAGEN	30

Inleidende beschouwingen.

Christelijke - ethische levensvisie.

De GZA voorzieningen streven een **christelijke - ethische levensvisie** na. Dit betekent dat het uitgangspunt van de zorgverlening in de GZA voorzieningen het onvoorwaardelijk respect en de eerbied voor de menselijke persoon is. Ieder mens wordt beschouwd als een uniek persoon die relationeel verbonden is met medemensen en deel uit maakt van een bredere, solidaire gemeenschap en verbonden is met God. Hierin ligt de waardigheid van de menselijke persoon. Elke mens behoudt bijgevolg steeds zijn fundamentele waardigheid, ongeacht de mogelijkheden waarover hij wel of niet beschikt.

Een christelijk - ethische zorgvisie veronderstelt een zorgzame en *zin*-volle omgang met het eindigend leven en het sterven. De euthanasiewet (28 mei 2002) heeft dit uitgangspunt niet veranderd, maar scheidt een bijkomend kader waarbinnen vraagstellingen van patiënten een adequaat antwoord moeten krijgen. Elke patiënt of zijn vertrouwenspersoon heeft immers het recht een antwoord te krijgen op essentiële zorgvragen, zelfs (of vooral) wanneer die betrekking hebben op zijn levenseinde. Dit is geen eenvoudige opdracht, daar het antwoord ethische, juridische en medische componenten in zich draagt.

Het onderwerp euthanasie maakt deel uit van de veel ruimere thematiek van het eindigende leven en het sterven. In de voorzieningen van de GZA wordt deze thematiek benaderd vanuit een christelijk - ethische visie op zorg. Dit houdt in dat de zorgverlening steeds gebeurt in samenspraak tussen zorgvrager en zorgverlener. Niet zozeer het 'louter' zelf bepalen, maar het samen overleggen staat centraal. (relationele autonomie)

Daarnaast geldt als uitgangspunt dat alle verzorgingsvoorzieningen van GZA al het mogelijke zullen doen om aan de stervende mens en zijn omgeving de nodige opvang te verlenen en om tegemoet te komen aan zijn verlangen naar een menswaardig levenseinde.

De zorg voor een menswaardig levenseinde is een onvoorwaardelijk engagement in onze voorzieningen.

De procedure "Euthanasie en medische handelingen bij het levenseinde van Patiënten" beoogt praktische en eenduidige richtlijnen aan te reiken aan de huisartsen en de medewerkers werkzaam in de GZA voorzieningen, waarin transparantie, communicatie en zorgvuldigheid de rode draad vormen.

Palliatieve zorg voor iedereen.

We vinden het als vanzelfsprekend dat de **palliatieve zorgcultuur** in de voorzieningen verder wordt uitgebouwd. Wij zijn van mening dat de palliatieve zorgverlening voor iedereen moet beschikbaar zijn, waar hij ook wordt behandeld of verzorgd.

Open cultuur en dialoog

De besluitvorming omtrent het handelen van artsen bij het levens einde van patiënten (bijvoorbeeld niet starten en/of staken van levensverlengende medische therapie in de terminale fase) dient samen te gaan met een zo groot mogelijke **openheid en communicatie** tussen alle betrokkenen: de stervende, zijn naasten, de verantwoordelijke artsen en de verpleegkundigen (*en indien gewenst, de vertegenwoordiger van de godsdienst of filosofische overtuiging van de patiënt*) Het gaat hier immers niet zomaar om 'medische' beslissingen, maar ook om 'ethische' beslissingen. Deze beslissingen stijgen uit boven het medisch-technisch discours en vereisen een ethische afweging waarbij alle betrokkenen op basis van gelijkwaardigheid met elkaar in dialoog moeten kunnen treden.

De raad van bestuur van GZA acht het daarom essentieel om in de eigen voorzieningen verder te werken aan een **open cultuur van dialoog** en gesprek omtrent het levens einde en het sterven. Alleen een cultuur van openheid en dialoog tussen de zorgverleners onderling en tussen zorgvragers en zorgverleners kan de ethische kwaliteit van de besluitvorming bij het levens einde bevorderen en garanderen.

Euthanasie als gewetensconflict: als het sterven nabij is

In uitzonderlijke gevallen, kan een arts geconfronteerd worden met een conflict van waarden/plichten (zoals eerbied voor het leven, respect voor de autonomie van de patiënt, zoveel mogelijk lijden vermijden) wanneer alle palliatieve mogelijkheden zijn uitgeput en de terminale patiënt de vraag naar euthanasie blijft stellen.

In deze uitzonderlijke gevallen heeft het geweten van de arts (en van zijn directe medewerkers) de uiterst belangrijke taak om te wikken en te wegen, enerzijds bewogen door hoger vermelde fundamentele waarden, anderzijds vanuit het conflict oordelend op welke wijze deze waarden het best worden waargemaakt.

Hier moet in geweten geoordeeld worden of aan een aantal klinische objectieve criteria (terminale toestand,..) is voldaan. Om een adequate toetsing van het euthanasieverzoek te garanderen, en bijgevolg een geïnformeerde gewetensbeslissing mogelijk te maken, implementeert de procedure "Euthanasie en medische handelingen bij het levens einde van Patiënten" een goed uitgebouwd palliatieve-filterprocedure. Vereisten van uitermate zorgvuldigheid en nauwgezetheid zijn de bakens van dit proces.

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen en geen enkele verpleegkundige kan gedwongen worden mee te werken aan de toepassing van de euthanasie.

Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Vervolgens dient het medisch dossier van de patiënt meegedeeld te worden aan een arts aangewezen door de patiënt. Adequate doorverwijzing met respect voor ieders geweten, is ook een aspect in het zorgzaam omgaan met het levenseinde.

Euthanasie bij niet-terminale patiënten, wilsonbekwame patiënten en/of wilsverklaringen en in geval van louter psychisch lijden.

Principieel wordt verwezen naar het ethisch advies n°1 van het Verbond der Verzorgingsinstellingen, waarbij euthanasie bij niet-terminale patiënten, wilsonbekwamen, wilsverklaringen en louter psychisch lijden niet in overweging wordt genomen.

Indien dit principieel uitgangspunt de mogelijke therapeutische vrijheid van artsen in de weg zou staan, dan wordt in de opgesomde gevallen het ethisch comité van de voorzieningen geraadpleegd, waaraan een ethicus deelneemt.

Deze verplichte ethische filter tracht een evenwicht te vinden tussen verschillende conflicterende belangen, en een transparant beleid na te streven zonder dat men verzeild raakt in schemerzones en non-communicatie. Het ethisch comité heeft evenwel een niet-bindende adviseringsbevoegdheid. De uiteindelijke verantwoordelijkheid blijft bij de arts.

1. Inleiding.

De wetgeving over euthanasie (28 mei 2002)¹ heeft de gelegenheid gecreëerd om het hele beleid aangaande beslissingen rond het levens einde in kaart te zetten.

Handelingen rond het levens einde omvat een brede noemer van acties die betrekking hebben op de (al dan niet) nabije stervensfase van de patiënt. Euthanasie is hier slechts een klein onderdeel van. Daarom is het belangrijk om de verschillende handelingen naast elkaar te plaatsen en uit elkaar te houden.

Er kunnen *grosso modo* 5 categorieën worden onderscheiden:

Euthanasie (opzettelijk levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt);
Hulp bij zelfdoding;
Levensbeëindiging door toediening van letale(dodelijke) middelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt;
Levensbeëindiging door de intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding;
"Niet-behandelingsbeslissingen" (wanneer de arts besluit een behandeling niet op te starten of juist stop te zetten, omdat dit handelen niet bijdraagt aan de oplossing van het medisch probleem respectievelijk de instandhouding en verbetering van de medische toestand van de patiënt)

Het is *alleen* euthanasie zoals hierboven is omschreven dat door de euthanasiewet wordt geregeld en *niet* de andere opgesomde handelingen. Het geheel van deze handelingen dienen daarom ook een juiste plaats te krijgen in het beleid van onze voorzieningen. Dit neemt niet weg dat sommige handelingen in elkaar kunnen overgaan, of een zogenaamde schermerzone vormen. Dit maakt een concrete omlijning soms moeilijk.

Als een arts of directe medewerker geconfronteerd wordt met medisch zinloos handelen of signalen van de patiënt krijgt dat het voor hem niet meer hoeft, dan moet in ieder geval worden nagedacht hoe de patiënt het best wordt geholpen. Voor niemand is dit een makkelijke opdracht, omdat het antwoord medische, ethische en juridische dimensies in zich draagt. Deze procedure is dan ook een leidraad om dit gehele proces transparant en bespreekbaar te maken en zal geen afbreuk doen aan de **professionele autonomie van de geneesheer**².

De procedure is zodanig opgevat dat men het kan beschouwen als een soort cascaderегeling. Vaak zal eerst worden nagedacht over mogelijk stoppen of niet verder behandelen omdat dit handelen niet bijdraagt aan de oplossing van een

¹ Zoals in werking is getreden op 23 september 2002.

² Zoals bepaald wordt door artikel 11, 12 van het Koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, artikel 130 van het KB 7 augustus 1987 houdende coördinatie van de wet op de ziekenhuizen en artikel 169 van de Code der Geneeskundige plichtenleer.

medisch probleem. Dit kan vervolgens (*of gelijktijdig*) de weg openen naar palliatieve zorgen en als *ultimum remedium* het euthanaserend handelen.

De meeste teksten zijn gebaseerd op de **ethische adviezen van het VVI**.

We verwijzen onder meer naar advies 1 betreffende de zorg voor een menswaardig levens einde, naar advies 2 betreffende keuzen in de zorg, naar advies 6 betreffende kunstmatige voedsel- en vochttoediening in de ultieme terminale fase bij dementerende personen en advies 7 betreffende niet starten en/of staken van levensverlengende medische behandelingen in de terminale fase.

2. Terminologie.

Teneinde verwarring zoveel mogelijk te voorkomen worden hieronder de belangrijkste betrokkenen in het besluitvormingsproces omtrent het eindigende leven gedefinieerd (VVI advies 1). Daarnaast worden een aantal algemene begrippen nader omschreven.

- **Patiënt:** de persoon die opgenomen is in de verzorgingsinstelling.
- **Naasten:** de personen (familie, vrienden, ...) die een vertrouwensrelatie hebben opgebouwd met de patiënt en die de belangen van de patiënt naar best vermogen behartigen.
- **De behandelend arts:** de arts die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de medische behandeling van de patiënt.
- **Het hulpverlenend team:** de groep van hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, paramedici, pastores, morele consulenten, psychologen..) die instaan voor de holistische zorg van de patiënt.
- **Het verpleegkundig team:** de groep van verpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor de verpleegkundige zorg aan de patiënt.
- **Het palliatief support team:** een interdisciplinair team van hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, paramedici, ...) dat de opvang van terminale patiënten ondersteunt. Het palliatief support team is niet rechtstreeks bij de eigenlijke behandeling en verzorging betrokken maar geeft onder meer advies inzake palliatieve zorg aan de behandelend arts en het hulpverlenend team.
- **Euthanasie:** het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt.
- **HZD ofwel Hulp bij zelfdoding:** het opzettelijk hulp verlenen bij levensbeëindiging door letale middelen te bezorgen, waarna de patiënt zelf die middelen inneemt of zich toedient.
- **LZV:** Levensbeëindiging door toediening van letale(dodelijke) middelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt.
- **Levensbeëindiging door de intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding:** het toedienen van pijnstillers en andere preparaten om het lijden ten gevolge van pijn en andere ongemakken bij een ernstige zieke (terminale) patiënt te verzachten en dit op een dusdanige wijze dat hierdoor de kans toeneemt dat het levenseinde van de patiënt in kwestie wordt bespoedigd

(DELIENS,L. en MORTIER,F., *levensbeëindiging in Vlaanderen*,
Gent, Academia Press, 2001,19)

- **NBB's of "Niet-behandelingsbeslissingen"**: wanneer de arts besluit een behandeling niet op te starten of juist stop te zetten, omdat dit handelen niet bijdraagt aan de oplossing van het medisch probleem respectievelijk de instandhouding en verbetering van de medische toestand van de patiënt.

(LEENEN, H.J.J., *Handboek gezondheidsrecht, Deel 1., Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, derde druk, Alphen aan den Rijn, Samson.H.D. Tjeenk Willink, 1994)

3. Patiëntenrechten.

In verschillende verdragen, wetten en deontologische codes zijn reeds patiëntenrechten opgenomen. De wetgeving betreffende de rechten van de patiënt brengt deze rechten samen en voegt er nog enkele aan toe.

Het is niet de bedoeling al deze rechten te bespreken, maar bepaalde rechten spelen een specifieke rol in beslissingen rond het levenseinde.

Het gaat hier onder meer over het recht om informatie te ontvangen en het recht op toestemming. Beide rechten dienen waar mogelijk te worden gerespecteerd en vormen de basis voor elk (medisch) handelen.

De patiënt heeft het **recht om informatie te ontvangen** over zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan. De zorgverstreker moet rekening houden met de individuele patiënt: de ene patiënt heeft andere informatie nodig dan de andere, en het moet gebeuren in een duidelijke taal.

De patiënt heeft bovendien het recht om niet geïnformeerd te worden of (schriftelijk) te verzoeken om deze informatie aan een vertrouwenspersoon mee te delen. Onder heel strikte voorwaarden en enkel wanneer dit de patiënt ernstig nadeel zou kunnen berokkenen, kan de zorgverstreker zelf ook het initiatief nemen om bepaalde informatie niet door te geven (therapeutische exceptie)

Daarnaast bestaat er het **recht op toestemming**. Indien een tussenkomst of behandeling door een zorgverstreker nodig is, dan moet de patiënt voorafgaandelijk en zonder dat er druk wordt uitgeoefend, zijn toestemming uitdrukkelijk geven (informed consent.)

De patiënt heeft evenzeer het recht om zijn toestemming te weigeren of een eerder gegeven toestemming in te trekken.

In de meeste gevallen kan die beroepsbeoefenaar na het geven van de nodige informatie (over de aard van de ingreep, de duur, de nevenwerkingen, de risico's, de nazorg, de financiële gevolgen...) uit de gedragingen van de patiënt afleiden dat hij/zij akkoord gaat, maar beiden kunnen ook vragen om die toestemming, de weigering of de intrekking ervan schriftelijk vast te leggen in het patiëntendossier.

Bij elke opname wordt de patiënt uitdrukkelijk of impliciet geïnformeerd (bijvoorbeeld d.m.v een onthaalbrochure, waarvan de patiënt effectief kennis heeft kunnen nemen) over de **visie van de verzorgingsinstelling** aangaande euthanasieverzoeken.

Zo spoedig mogelijk deelt de arts de patiënt (of eventuele vertrouwenspersoon) mee of hij er al dan niet toe kan overgaan om euthanasie uit te voeren (gewetensvrijheid) en licht zijn weigering toe. Berust zijn weigering op medische gronden dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend.

Bij weigering dient voor de nodige *doorverwijzingen* gezorgd te worden. De behandelend arts kan voor dit aspect beroep doen op de Commissie voor Medische Ethiek³.

³ Toegevoegd op 29/01/03.

4. Niet starten en/of staken van levensverlengende medische behandelingen in de terminale fase (advies VVI nummer 7)

Dit onderdeel is een korte samenvatting van het advies nummer 7 en wordt in de bijlage toegevoegd.

4.1. Wat is het beperkingsformulier?

Dit is een document waarin afspraken worden gemaakt met betrekking tot het niet starten en/of staken van levensverlengende medische behandelingen bij patiënten met een slechte prognose (terminale patiënten) of patiënten in een toestand van onherstelbaar en progressief lichamelijk lijden. (Zie het begrip NBB's of "Niet-behandelingsbeslissingen" onder terminologie.)

4.2. Indicaties.

In het algemeen kunnen zich twee situaties voordoen waarbij het aangewezen kan zijn een beperkingsformulier op te stellen:

1. Niet starten van levensverlengende medische behandelingen:

Bij patiënten die zich in de terminale fase bevinden en wiens toestand verslechtert, is het aangewezen een beperkingsformulier op te stellen, voor het geval er complicaties optreden.

2. Staken van levensverlengende medische handelingen:

Bij reeds behandelde patiënten kan gedacht worden aan het staken van medische therapie, indien de behandeling redelijkerwijze geen uitzicht meer biedt op therapeutische winst.

4.3. Formele voorwaarden:

1. Het beperkingsformulier moet worden opgesteld door de arts en bewaard in het patiëntendossier (= verpleegdossier en medisch dossier)
2. De argumenten waarop de beslissing tot opstelling van een beperkingsformulier is gebaseerd, moeten opgenomen worden in het medisch dossier.
3. Het moet getekend en gedagtekend worden door de behandelend arts.

Door dit formulier wordt enerzijds een menswaardig stervensproces nagestreefd, en anderzijds duidelijkheid gecreëerd rond de gemaakte afspraken.

Een voorbeeld van dergelijk formulier is in bijlage toegevoegd.

AZ St.-Augustinus heeft reeds een analoog blad in gebruik (n° 1273/325/5).

5. Als om levensbeëindiging wordt gevraagd (VVI advies nummer 1)

Een euthanasieverzoek is in de eerste plaats een signaal vanwege de patiënt om te kennen te geven hoe hij aankijkt tegen het ziek zijn, de fysieke pijn, de mogelijke aftakeling die kan komen, het uitzichtloze karakter van de situatie. *Elk euthanasieverzoek moet daarom bespreekbaar zijn, ook al is medisch gezien het sterven nog ver weg.* Het is essentieel dat de arts zich luisterbereid toont ten aanzien van de patiënt die om euthanasie verzoekt, en overeenkomstig de in de Wet bepaalde zorgvuldigheidsvereisten nagaat of de euthanasievraag van de patiënt gebaseerd is op een autonome en dus vrije en geïnformeerde keuze.

Dit onderdeel wil hier de juiste procedure starten vanaf het moment dat dergelijke vraag wordt geformuleerd. Eerst wordt een verkennend gesprek gevoerd (A), dan volgt een teambespreking (B) en vervolgens wordt de palliatieve filter procedure opgestart (C) Dit loopt in praktijk natuurlijk ook door elkaar.

5.1. Direct of indirect euthanasieverzoek.

De meeste patiënten zullen op verschillende manieren tot uiting brengen dat het leven voor hen geen zin meer heeft. Allerlei signalen kunnen hierop wijzen. Ga dergelijke signalen niet uit de weg en vraag verduidelijking.

A. Verkennend gesprek.

De hulpverlener (arts, verpleegkundige, ...) die geconfronteerd wordt met een vraag, voert een verkennend gesprek met zijn patiënt. Er moet onder meer onderzocht worden of men niet te maken heeft met een zogenaamde "oneigenlijke" vraag naar euthanasie.

Wanneer de behandelend arts zelf nog niet op de hoogte is van de door de patiënt geformuleerde wens, dan wordt hij/zij zo snel mogelijk geïnformeerd.

Volgende dingen kunnen onderzocht worden:

- Welke motivatie ligt aan het euthanasieverzoek ten grondslag: is dit werkelijk een verzoek om te mogen sterven, of vraagt de patiënt om een zorgzame begeleiding in de laatste dagen of weken van zijn leven?
- Komt de vraag voort uit angst voor wat komen gaat aan lijden en pijn?
- Wordt het verzoek gedaan in een opwelling, omdat men de pijn op dat moment ondraaglijk vindt?
- Doet de patiënt dit verzoek in een fase van een depressieve stemming?
- Neemt het euthanasieverzoek in kracht af naarmate de tijd verstrijkt?
- Heeft de patiënt voldoende informatie op grond waarvan hij zijn verzoek wil handhaven?
- Is alle informatie, waaronder de medische, toegankelijk voor de patiënt?
- Wat weet hij van de diagnose en de prognose?

- Is de patiënt wilsbekwaam op het moment dat hij dit verzoek doet?
- Is er sprake van bewustzijnsdaling door bijvoorbeeld de medicatie die hij krijgt?
- Geven angst, euforie, depressieve stemmingen, boosheid of agitatie aanleiding tot verminderde rationaliteit?
- Heeft de patiënt met andere personen over zijn euthanasieverzoek gesproken?
- Doet de patiënt dit verzoek geheel vrijwillig? Is er geen sprake van enige vorm van dwang en/ of druk?

Samen met het voorgaande wordt tevens nagegaan op welke domeinen (bvb. medisch, ethisch, procedureel,..) specifieke informatie- en voorlichtingsbehoeften bestaan.

B. Teambespreking

In een gestructureerd overleg wordt de situatie van de patiënt besproken, en wordt een gepast beleid opgesteld.

Dit beleid is eveneens gericht op het spirituele aspect. In bepaalde gevallen kan een beroep gedaan worden op de pastorale werker van het ziekenhuis.

Indien het verzoek tot levensbeëindiging blijft aanhouden dan start het team de palliatieve filter procedure (zie C)

In elk geval wordt het team (en de patiënt) steeds op de hoogte gehouden van de geplande gesprekken en de daaraan verbonden acties.

C. Palliatieve filter procedure.

De concrete mogelijkheden van palliatieve zorgverlening (met inbegrip van palliatieve sedatie) en de gevolgen daarvan moeten door de *behandelend arts* - op basis van het medisch dossier van de patiënt - grondig overlegd worden met het *palliatief support team* van de eigen instelling of van het plaatselijk samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg.

Via de zogenaamde *palliatieve filter procedure* moet intensief gezocht worden naar alle mogelijke oplossingen voor de zorgvraag van de patiënt. Deze ingebouwde filter kan een preventieve werking hebben ten aanzien van euthanasieverzoeken.

In functie van het voorgaande wordt de **coördinator van het palliatief support team** gecontacteerd. De coördinator zorgt voor verdere communicatie met de arts en andere leden van het palliatief support team.

De arts van het palliatief support team zorgt voor de nodige terugkoppeling aan de behandelend arts.

De patiënt wordt door de *behandelend arts* volledig ingelicht over alle aspecten van zijn gezondheidstoestand en over de verschillende bestaande mogelijkheden van palliatieve zorgverlening en de gevolgen daarvan.

Hierbij wordt het palliatief advies van het palliatief support team aan de patiënt bezorgd en wordt de patiënt **uitdrukkelijk de mogelijkheid geboden om** zelf, indien hij het wenst, het palliatief support team te raadplegen in verband met de concrete mogelijkheden van palliatieve zorgverlening en de gevolgen daarvan.

In ieder geval moet aan de patiënt meegedeeld worden:

- Bij wie hij met zijn vragen terecht kan.
- Welke zorg hij kan verwachten.
- Wat kan gedaan worden aan de pijn.
- Wat er gebeurt indien hii zelf niet meer kan beslissen.

De brochure van het palliatief support team moet steeds overal zichtbaar aanwezig zijn en behandelt tevens bovengenoemde vragen.

Aandachtspunten:

- Gestructureerde patiënteninformatie en begeleiding.** De leden van het afdelingsteam en/of het palliatief support team zijn op de hoogte van de geplande gesprekken en het resultaat ervan zodat de patiënt steeds eenvormige informatie ontvangt.
- Waarheidsmededeling.** Elk teamlid moet weten wat er wel en niet werd gezegd tegen de patiënt en zijn familie. Sommige afdelingen gebruiken hiervoor specifiek opgestelde standaardbladen. (bv.pneumologie AZ.St.-Augustinus)
- Invullen **beperkingsformulier**, voor zover dit nog niet gebeurd is.
- Opstarten van een **palliatieve zorgendossier**.
 - Dit dossier omvat onder meer de volgende aspecten:
 - Welke diagnose en prognose zijn te geven van de ziekte en het ziekteproces?
 - Welke inschatting is te geven van de bestrijding van de symptomen?
 - Welke behandelingsalternatieven kan men de patiënt nog bieden?
 - Werd de patiënt ingelicht?

5.2. Als het verzoek tot levensbeëindiging aanhoudt en het sterven nabij is.

A. Wanneer het sterven nabij is.

Indien uit de hierboven beschreven palliatieve filter procedure blijkt dat het euthanasieverzoek een uitdrukkelijke, vrije, weloverwogen, onduwbelzinnige keuze is en het verzoek tot levensbeëindiging aanhoudt dan kan, *wanneer het sterven nabij is*⁴, de behandelend arts overwegen daadwerkelijk tot euthanasie over te gaan. Hij dient dan wel vooraf het euthanasieverzoek nog te beoordelen aan de hand van de hiemavolgende criteria alsook een tweede arts te raadplegen.

B. .Begripsomschrijving.

Er is maar één soort euthanasie, namelijk zoals geformuleerd door de euthanasiewet. In deze wet is euthanasie het *opzettelijk* levensbeëindigend handelen *door* een arts op *verzoek* van de patiënt.

C. Zorgvuldigheidsvereisten wat betreft de persoon van de patiënt.

- ❑ De patiënt moet goed voorgelicht zijn omtrent de aard van zijn ziektebeeld en omtrent het te verwachten beloop.
- ❑ De patiënt moet goed geïnformeerd zijn over resterende therapeutische mogelijkheden en gevolgen.
- ❑ Er zijn geen aanvaardbare middelen ter verlichting van het lijden. De palliatieve filter volstaat niet.
- ❑ De vraag naar euthanasie dient afkomstig te zijn van een *meerderjarige (of ontvoogde minderjarige) handelingsbekwame patiënt*.
- ❑ Patiënt *is in staat zijn wil* te bepalen en is zich *bewust* van de gevolgen van zijn verzoek, het gaat om een vrijwillig, weloverwogen en herhaald verzoek.

○ *Vrijwillig verzoek.*

Het vrijwillig karakter betekent dat het verzoek enkel en alleen uit kan gaan van de patiënt. Niemand mag in die richting iets suggereren. De arts moet vooraf en in alle gevallen de volledige vrijwilligheid nagaan.

○ *Overwogen verzoek.*

Een patiënt moet niet enkel bewust zijn, maar moet in staat zijn om op een beredeneerde wijze tot een euthanasieverzoek te komen.

⁴ Zie visietekst VVI van advies nummer 1: de terminale fase wordt gedefinieerd als zijnde de fase waarin het sterven binnen afzienbare tijd wordt verwacht (enkele uren, dagen of weken). Het veronderstelt dat het stervensproces werkelijk begonnen is.

Dit vergt de gezondheid van geest in de brede zin. Personen die geestesziek zijn, kunnen geen overwogen euthanasieverzoek stellen. Hetzelfde geldt voor dementerende personen. De wetgever heeft elke mogelijkheid tot euthanasie willen uitsluiten van zodra er **de minste twijfel** is omtrent de geestestoestand van de patiënt.

Het overwogen karakter van het verzoek impliceert tenslotte dat de patiënt beschikt over de juiste informatie in verband met zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting.

○ **Herhaald (duurzaam) verzoek.**

De wens het leven te beëindigen moet blijken uit verschillende gesprekken die met de patiënt gevoerd worden, voor zover die gesprekken over een redelijke periode gespreid zijn.

- Het verzoek is zonder enkele vorm van externe druk tot stand gekomen.
- Het verzoek moet uiteindelijk *schriftelijk door de patiënt* worden geformuleerd.
- Er wordt een aparte procedure voorzien, als de patiënt zelf niet in staat is een geschrift op te stellen⁵.
- De inhoud van het document is beperkt tot de vraag om het leven te beëindigen met een letaal(dodelijk) middel. Het document moet door de patiënt gedateerd en getekend worden (zie ook voetnoot 5). Het verzoek kan te allen tijde worden herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven.
- De patiënt bevindt zich in een **medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden**, dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een **ernstige en ongeneeslijke**, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

○ **Een aanhoudend en ondraaglijk lijden.**

Dit is een subjectief criterium. Het is de patiënt die bepaalt wat aanhoudend en ondraaglijk is. Niemand kan dit voor hem/haar invullen.

Deze subjectivering wordt in hoge mate getemperd door belangrijke inhoudelijke vereisten waaraan de (medische) situatie van de patiënt moet beantwoorden;

⁵Er wordt een aparte procedure voorzien, als de patiënt zelf niet in staat is een geschrift op te stellen: het op schrift stellen gebeurt dan door een meerderjarig persoon die gekozen is door de patiënt en die geen materieel belang heeft bij de dood van de patiënt. Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren en geeft de reden waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in het bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document. Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd.

- ***Een fysiek of psychisch lijden ten gevolge van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.***

Ongeneeslijk is de aandoening die redelijkerwijze niet meer te genezen is.

De aandoening moet bovendien ernstig zijn, maar uit niets blijkt dat moet verwacht worden dat de patiënt daaraan zal sterven.

Het is van belang dat het ondraaglijk lijden het gevolg is van deze aandoening.

- ***Psychisch lijden***

Het is essentieel om het psychisch lijden te plaatsen naast de overige voorwaarden. Het psychisch lijden, zoals het fysiek lijden, moet het gevolg zijn van een ernstige en ongeneeslijke ziekte.

Men mag het aldus niet loskoppelen van de ziekte en aandoening. Dit psychisch lijden kan daarenboven niet worden 'gelenigd' (verholpen).

Het gaat hier dus niet over psychisch lijden ingeval van levensmoeheid:

Euthanasie ingeval van louter psychische en existentiële nood, wordt niet in overweging genomen.

- ***Een niet te lenigen lijden.***

Het ondraaglijk lijden van de patiënt wordt ook geobjectiveerd doordat dit 'niet te lenigen' moet zijn.

Vanuit het oogpunt van de euthanasie is lijden niet te lenigen wanneer er geen enkel andere redelijk alternatief dan de levensbeëindiging voorhanden is. Het is het laatste redmiddel: *een 'ultimum remedium'*.

De patiënt kan op geen andere wijze uit zijn ondraaglijk lijden verlost worden dan door het beëindigen van zijn leven.

Zo moet de arts met de patiënt de mogelijkheden van palliatieve zorg hebben besproken (en doorlopen.)

De arts moet daarenboven motiveren waarom het lijden niet gelenigd kan worden.

□ De arts moet vooraf en in alle gevallen een **andere onafhankelijke arts** betrekken.

De tweede arts dient onafhankelijk te zijn ten aanzien van de behandelend arts en ten aanzien van de patiënt: hij werkt niet op dezelfde afdeling als de behandelend arts; hij heeft geen persoonlijke band met de behandelend arts; hij heeft geen hiërarchische relatie met de behandelend arts; hij is (was) niet betrokken bij de behandeling van de patiënt; hij heeft geen persoonlijke band met de patiënt.

De tweede arts is bij voorkeur lid van de commissie voor medische ethiek (of ethische werkgroep) van de verzorgingsinstelling waarin de patiënt verblijft. Hiermee wordt beoogd dat de tweede arts zijn delicate opdracht uitvoert tegen de achtergrond van de globale ethische visie van de verzorgingsinstelling.

De tweede arts dient deskundig te zijn: hij dient over voldoende expertise te beschikken om te evalueren of het verzoek van de patiënt uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, wel overwogen, herhaald en duurzaam is; hij moet over voldoende communicatieve capaciteiten te beschikken; hij dient over adequate kennis van de palliatieve zorg te beschikken; hij dient over adequate diagnostische vaardigheden te beschikken om te evalueren of ernstige problemen de competentie van de patiënt beïnvloeden; hij moet evalueren of bijkomende medische of andere problemen zich voordoen waarvoor bijkomende expertise moet aangewend worden.

De taak van de tweede arts bestaat uit vier stappen.

- Een gesprek voeren met de behandelend arts over de situatie van de patiënt en zijn euthanasieverzoek. De tweede arts gaat in op alle vragen en onzekerheden van de behandelend arts;
- Het medisch dossier van de patiënt bestuderen;
- De patiënt en zijn euthanasieverzoek onderzoeken: de tweede arts zal de klinische situatie van de patiënt grondig onderzoeken (o.a. aanwezigheid van ondraaglijk lijden waaraan een lichamelijke oorzaak ten grondslag ligt); hij onderzoekt of er (palliatieve) alternatieven bestaan om aan de nood van de patiënt tegemoet te komen; hij zal de patiënt afzonderlijk spreken om te achterhalen in hoeverre het euthanasieverzoek duurzaam, weloverwogen en vrijwillig is; hij gaat na wat de communicatiepatronen en relaties zijn van de patiënt met zijn naasten; hij probeert inzicht te verkrijgen in de motieven van het euthanasieverzoek.
- Hij stelt een schriftelijk rapport op waarin hij de bevindingen met betrekking tot de hierboven vermelde taken neerschrijft. Dit rapport moet een antwoord geven op de volgende vragen: Is het euthanasieverzoek duurzaam, weloverwogen en herhaald?

Bestaan er alternatieven om de nood van de patiënt te lenigen en is de patiënt hiervan op de hoogte? Is het lijden ondraaglijk en uitzichtloos en ligt een lichamelijke oorzaak eraan ten grondslag?

- De behandelende arts dient het verzoek van de patiënt te bespreken met het verplegend team of leden van dat team, althans indien dat er is, en voor zover dat team in regelmatig contact staat met de patiënt. Het gaat om een **verplicht** gesprek.

Volgende vragen moeten beantwoord worden:

- is er over de toepassing van euthanasie overleg geweest met (leden van) het verpleegkundig team? Zo ja, met wie, wanneer en wat waren hun opvattingen? Zo neen, waarom niet?
 - zijn de leden van het verpleegkundig team die gewetensbezwaren hebben tegenover euthanasie zich ervan bewust dat zij op, eerbiediging van hun principes kunnen rekenen?
- Om voorgaande punten te toetsen en te verduidelijken is er **overleg** gepleegd met familie, naaste relaties en verzorgers tenzij hiervoor geen toestemming verkregen wordt van patiënt. Bij het verstrekken van informatie staat het belang van de patiënt centraal en dient het beroepsgeheim te worden gerespecteerd (art.458 Strafwetboek)
 - Het verzoek om euthanasie van de patiënt wordt besproken met **naasten** die hij aanduidt.
 - De patiënt de gelegenheid geven te spreken met **de personen die hij wenst** te ontmoeten.
 - De levensbeëindigende handeling dient plaats te vinden onder de meest optimale omstandigheden. Dit impliceert dat voldoende opvang en begeleiding dient voorzien te zijn, en dat de acte niet kan plaatsvinden tijdens avond-, nacht- of weekendbezettingen.
 - Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het **medisch dossier van de patiënt**
 - Afspraken over 'nazorg' voor de naasten van de patiënt en voor allen die rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt. Aan de betrokken zorgverleners wordt steeds de mogelijkheid geboden tot het voeren van een afrondingsgesprek .

Procedure igv het euthanasieverzoek aanhoudt bij een patiënt, van wie het sterven nabij is.

- Elke patiënt is op de hoogte van de visie van de verzorgingsinstelling en zijn behandelend arts.
- Het verkennend gesprek, eerste teambespreking en palliatieve filterprocedure werden doorlopen.
- Van meet af aan wordt door de arts zorg gedragen voor een nauwkeurige schriftelijke verslaglegging in de medische status. Hiervoor gebruikt de arts aparte vervolgvellen.
- Bovengenoemde zorgvuldigheidsvoorwaarden worden systematisch nageleefd (*puntsgewijze opsomming, zonder uitvoerige uitleg*):
 1. De patiënt moet goed **voorgelicht zijn** omtrent de aard van zijn ziektebeeld en omtrent het te verwachten beloop.
 2. De patiënt moet goed **geïnformeerd zijn** over resterende therapeutische mogelijkheden en gevolgen.
 3. Er zijn geen **aanvaardbare middelen** ter verlichting van het lijden. De palliatieve filter volstaat niet.
 4. De vraag naar euthanasie dient afkomstig te zijn van een **meerderjarige (of ontvoogde minderjarige) handelingsbekwame patiënt**.
 5. Patiënt is in staat zijn wil te bepalen en is zich bewust van de gevolgen van zijn verzoek, het gaat om een **vrijwillig, weloverwogen en herhaald verzoek**.
 6. Het verzoek is zonder enkele vorm van externe druk tot stand gekomen.
 7. Het verzoek moet uiteindelijk **schriftelijk door de patiënt** worden geformuleerd.
 8. Er wordt een aparte procedure voorzien, als de patiënt zelf niet in staat is een geschrift op te stellen.
 Het op schrift stellen gebeurt dan door een meerderjarig persoon die gekozen is door de patiënt en die geen materieel belang heeft bij de dood van de patiënt. Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren en geeft de reden waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in het bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document. Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd
 9. De inhoud van het document is beperkt tot de vraag om het leven te beëindigen met een **letaal(dodelijk) middel**. Het document moet door de patiënt gedateerd en getekend worden. Het verzoek kan te allen tijde worden herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven.
Een standaardformulier mag hier niet worden gebruikt.
 10. De patiënt bevindt zich in een **medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden, dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening**.

11. De arts moet vooraf en in alle gevallen een andere **onafhankelijke arts** betrekken.
12. De behandelende arts dient het verzoek van de patiënt te bespreken met het **verplegend team of leden van dat team**, althans indien dat er is, en voor zover dat team in regelmatig contact staat met de patiënt.
13. Om voorgaande punten te toetsen en te verduidelijken is er overleg gepleegd met familie/naasten tenzij hiervoor geen toestemming verkregen wordt van patiënt (zie ook punt 14).
14. Het verzoek om euthanasie van de patiënt wordt besproken met naasten die hij aanduidt.
15. De patiënt de gelegenheid geven te spreken met de personen die hij wenst te ontmoeten.
16. Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt

- **Gewetensbezwaren** ten aanzien van euthanasie zullen ten alle tijde gerespecteerd worden. Indien mogelijk worden deze bezwaren *tijdig* vermeld. (zie 3. patiëntenrechten)
- Indien de arts wel bereid is tot uitvoering, bespreekt de arts met patiënt hoe een en ander in zijn werk gaat en overlegt met patiënt of en zo ja wie van familie of vrienden erbij aanwezig zullen zijn.
- De levensbeëindigende handeling dient plaats te vinden onder de meest optimale omstandigheden. Dit impliceert dat voldoende opvang en begeleiding dient voorzien te zijn, en dat de acte niet kan plaatsvinden tijdens avond-, nacht- of weekendbezettingen.
- Het euthanasieverzoek wordt door de arts (**geen delegatie aan niet-artsen**) tot uitvoer gebracht, volgens door instelling vastgestelde medisch-farmacologische procedure.
- Na de euthanasie moet de arts binnen de vier dagen een **registratiedocument** overmaken aan de federale controle- en evaluatiecommissie. Dat document bestaat uit twee delen. Een eerste deel met o.m. de persoonlijke gegevens van patiënt en arts wordt door deze laatste verzegeld en door de commissie slechts geopend bij twijfel over het niet naleven van de wettelijke voorschriften. Het tweede deel bevat gedepersonaliseerde gegevens op basis van dewelke de commissie moet nagaan of de toepassing van euthanasie volgens de regels is verlopen.
- De afspraken over '**nazorg**' voor de **naasten** van de patiënt en voor allen die rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt, worden ten uitvoer gebracht. Aan de betrokken zorgverleners wordt steeds de mogelijkheid geboden tot het voeren van een afrondingsgesprek .

D. Rol van de verpleging.

Omwille van de ineenstrengeling van zowel medisch als verpleegkundige aspecten in de zorg voor een menswaardig levens einde is het essentieel dat artsen en verpleegkundigen met respect voor elkaar bijdrage tot een nauwe samenwerkingsrelatie komen.

Vaak wordt de verpleegkundige het eerst geconfronteerd met een (directe of indirecte) hulpvraag van de patiënt. Het is dan ook van cruciaal belang dat zij op de hoogte zijn van de richtlijnen omtrent het levens einde van de patiënt.

Als zij/hij met een directe of indirecte hulpvraag wordt geconfronteerd, moet zij/hij in staat zijn een eerste verkennend gesprek te voeren.

Wanneer de verpleegkundige betrokken is in de directe zorg van een patiënt, is het noodzakelijk dat hij participeert in het besluitvormingsproces dat gepaard gaat met de toepassing van de palliatieve filter procedure.

Daarenboven dient (volgens de euthanasiewet) de behandelende arts het euthanasieverzoek van de patiënt te bespreken met het verplegend team of leden van dat team, althans indien dat er is, en voor zover dat team in regelmatig contact staat met de patiënt. In een ziekenhuis, rusthuis of RVT is dit ongetwijfeld zo.

Niet alleen euthanasieverzoeken, maar elke problematiek rond het levens einde zou gezamenlijk met artsen besproken moeten worden. Dit is de basisfilosofie van deze procedure.

De eindverantwoordelijkheid voor alle medische handelwijzen bij het levens einde van de patiënt wordt gedragen door de arts, dit zowel vanwege zijn medische bevoegdheid, als vanwege zijn wettelijke bevoegdheid.

1. Algemeen.

- ❑ Aan de hand van een vragenlijst wordt in teamverband gezamenlijk gereflecteerd over ethische, medische, verpleegkundige en juridische aspecten van de handelingen omtrent het levens einde (verleden, heden en toekomst.)
- ❑ Als algemene voorbereiding wordt dit protocol, op initiatief van de hoofdverpleegkundige of diensthoofd, besproken met het gehele team.
- ❑ Een belangrijk aandachtspunt voor de hoofdverpleegkundige/diensthoofd is de hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, verzorgenden en ook de overige vaste teamleden de gelegenheid te bieden hun eigen visie en de emotionele beleving omtrent de situatie die zich voordoet te uiten. Dit dient te gebeuren in een sfeer van respect en vertrouwen.
- ❑ In het daarvoor bestemd kanaal, vindt overleg tussen artsen en verpleegkundigen plaats. In dit overleg worden de visies omtrent de handelingen rond het levens einde duidelijk op voorhand geëxpliciteerd.

Elk teamlid heeft respect voor ieders visie en heeft in onderhavige materie volledige gewetensvrijheid. Deze procedure dient als leidraad voor dit gesprek.

- Volledigheidshalve dient vermeld te worden dat het zelfstandig verrichten van euthanasie door niet-artsen leidt tot strafvervolging.

2. Specifieke richtlijnen.

- Elke verpleegkundige staat open voor tal van directe en indirecte hulpvragen van de patiënt en voert waar nodig een (verkennend) gesprek.
- Elke verpleegkundige brengt de behandelend arts op de hoogte van een directe of indirecte hulpvraag rond het levenseinde.
- Elke verpleegkundige is op de hoogte van de procedure, en kan de patiënt en naasten volledig informeren over de door hen gestelde vragen (binnen de verpleegkundige competentie.)
- Elke verpleegkundige heeft inzicht in de zorgvuldigheidsvoorwaarden van de procedure en adviseert de arts binnen een gestructureerd overleg.
- Elke verpleegkundige zorgt voor een zorgvuldige verslaggeving in het verpleegkundig dossier.
- Op grond van gewetensbezwaren heeft een verpleegkundige het recht niet deel te nemen aan de besluitvorming of aan de uitvoering van euthanasie.

5.3. Als het verzoek tot levensbeëindiging aanhoudt en het sterven is *niet* nabij.

Als het sterven niet binnen afzienbare tijd worden verwacht (niet-terminaal) en de vraag tot levensbeëindiging blijft aanhouden, dan wordt naar de visietekst "zorg voor een menswaardig leven" van het VVI verwezen. In dit geval wordt euthanasie niet in overweging genomen.

Wanneer dit de professionele autonomie (therapeutische vrijheid) van de arts in de weg zou staan, dan wordt verzocht de ethische commissie te raadplegen. Deze consultatie is verplicht ("ethische filter")

Binnen de wettelijke, ethische en medische grenzen wordt voor een gepaste oplossing gezocht.

6. De wilsverklaring.

Omwille van eventuele moeilijkheden die gepaard kunnen gaan met de interpretatie van voorafgaande wilsverklaringen die een vraag tot actieve levensbeëindiging inhouden, en het ontbreken van een juridisch sluitende beschrijving van de voorwaarden waaraan de wil van degene die een verklaring opstelt dient te voldoen, **wordt euthanasie principieel niet in overweging genomen.**

Wanneer de arts op basis van zijn professionele autonomie meent dat van bovenstaand principe moet afgeweken worden, dan dient verplicht de Commissie voor Medische Ethiek geraadpleegd te worden ("ethische filter") Binnen de wettelijke, ethische en medische grenzen wordt voor een gepaste oplossing gezocht.

Voorafgaande wilsverklaringen die zich niet beperken tot actieve levensbeëindiging, maar die een bepaalde zienswijze laten kennen betreffende therapeutische verbetering, mensonwaardige situaties, onevenredige behandelingen, enz, kunnen een waardevol element zijn bij het nemen van beslissingen door het hulpverlenend team met betrekking tot het levenseinde.

6.1. Voorafgaand verzoek in een wilsverklaring.

Iedere handelingsbekwame meerderjarige (of ontvoogde minderjarige), gezond of niet, kan in een verklaring euthanasie vragen.

In tegenstelling tot het rechtstreekse euthanasieverzoek worden hier geen eisen gesteld aan de kwaliteit van de wil van degene die een verklaring opstelt (vrijwillig, overwogen,..)

6.2. Opmaak.

De wilsverklaring wordt schriftelijk opgesteld. In principe moet ze opgesteld, getekend en gedateerd worden door degene die de verklaring aflegt. In de wet zijn echter regels voorzien voor het geval de persoon hiertoe niet in staat is⁶.

In de wet is de reikwijdte van een voorafgaande wilsverklaring enkel beperkt tot de actieve levensbeëindiging.

6.3. Getuigen.

De opschriftstelling gebeurt in de aanwezigheid van twee meerderjarige getuigen, van wie er één geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt. Ze moeten de wilsverklaring ondertekenen en dateren.

⁶ Indien de persoon die een wilsverklaring wil opstellen fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen, kan hij een meerderjarig persoon, die geen enkel materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene, aanwijzen, die zijn verzoek schriftelijk opstelt, ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens één geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt. De wilsverklaring verklaart dat de betrokkene niet in staat is te tekenen en waarom. De wilsverklaring moet gedateerd en ondertekend worden door degene die het verzoek schriftelijk opstelt, door de getuigen en, in voorkomend geval door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen. Bij de wilsverklaring wordt een medisch getuigschrift gevoegd als bewijs dat de betrokkene fysiek blijvend niet in staat is een verklaring op te stellen en te tekenen.

6.4.Registratie en vermelding in het medisch dossier.

De wijze waarop de verklaring moet worden vastgesteld en de registratie van de wilsverklaringen dient nog bij uitvoeringsbesluit te worden bepaald.
De wilsverklaring moet worden vermeld in het medisch dossier.

6.5.De wilsverklaring mag niet ouder zijn dan vijf jaar en kan steeds worden gewijzigd of herroepen.

6.6.Vertrouwenspersonen.

- In een wilsverklaring **kunnen** meerdere vertrouwenspersonen worden aangeduid.
De verklaring wordt door hen ondertekend en gedateerd.
- De behandelend arts, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.
- De vertrouwenspersoon brengt de behandelende arts op de hoogte van de wil van de patiënt. De arts dient het verzoek van de patiënt te bespreken met de vertrouwenspersoon.
- De vertrouwenspersoon is tevens belast met het aanduiden van naasten waarmee de arts de inhoud van de wilsverklaring dient te bespreken.
- De behandelende arts dient de vertrouwenspersoon tevens op de hoogte te stellen van de resultaten van het onderzoek van de geraadpleegde arts.

6.7.Medische situatie van de patiënt.

De patiënt moet een *ernstige en ongeneeslijke*, door ongeval of ziekte veroorzaakt aandoening hebben.

- ***Terminaal of niet-terminaal.***

Er zijn in de euthanasiewet wederom geen vereisten opgenomen betreffende de nabijheid van de dood.

- ***Irreversibel coma.***

De patiënt is niet meer bij bewustzijn en deze toestand is volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar.

Met 'niet meer bij bewustzijn zijn' doelt men op een comateuze toestand.

Het gaat dus niet over gevallen van dementie(..), waarbij men niet helemaal helder meer is!

Procedurele voorwaarden bij een voorgelegde wilsverklaring.

- **Verplichte consultatie van de commissie voor medische ethiek.**
- **Nazien of de wettelijke vereisten van de wilsverklaring werden nageleefd(6.1-6.7).**
 1. *Voorafgaand verzoek in een wilsverklaring.*
 2. *Opmaakvereisten zijn in orde*
 3. *Getuigen.*
 4. *Registratie*
 5. *De wilsverklaring mag niet ouder zijn dan vijf jaar*
 6. *Vertrouwenspersonen.*
 7. *Medische situatie van de patiënt.*
- **De arts moet vooraf en in alle gevallen een andere onafhankelijke arts betrekken.**

De tweede arts dient onafhankelijk te zijn ten aanzien van de behandelend arts en ten aanzien van de patiënt: hij werkt niet op dezelfde afdeling als de behandelend arts; hij heeft geen persoonlijke band met de behandelend arts; hij heeft geen hiërarchische relatie met de behandelend arts; hij is (was) niet betrokken bij de behandeling van de patiënt; hij heeft geen persoonlijke band met de patiënt.

De tweede arts is bij voorkeur lid van de commissie voor medische ethiek (of ethische werkgroep) van de verzorgingsinstelling waarin de patiënt verblijft. Hiermee wordt beoogd dat de tweede arts zijn delicate opdracht uitvoert tegen de achtergrond van de globale ethische visie van de verzorgingsinstelling.

De tweede arts dient deskundig te zijn: hij moet over voldoende communicatieve capaciteiten te beschikken; hij dient over adequate kennis van de palliatieve zorg te beschikken; hij dient over adequate diagnostische vaardigheden te beschikken; hij moet evalueren of bijkomende medische of andere problemen zich voordoen waarvoor bijkomende expertise moet aangewend worden.

De taak van de tweede arts bestaat uit vier stappen:

- Een gesprek voeren met de behandelend arts over de situatie van de patiënt en zijn wilsverklaring. De tweede arts gaat in op alle vragen en onzekerheden van de behandelend arts;
 - Het medisch dossier van de patiënt bestuderen;
 - De patiënt en zijn onderzoeken: de tweede arts zal de klinische situatie van de patiënt grondig onderzoeken (o.a. de onomkeerbaarheid van de medische toestand);
 - Hij stelt een schriftelijk rapport op waarin hij de bevindingen met betrekking tot de hierboven vermelde taken neerschrijft.
-
- Indien in de wilsverklaring een **vertrouwenspersoon** is aangewezen, bespreekt de behandelend arts het verzoek met hem.
De vertrouwenspersoon wordt tevens op de hoogte gebracht van de resultaten van de tweede raadpleging.
 - Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, wordt de inhoud van de verklaring besproken met naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.
 - Indien er een **verplegend team** is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, dan dient de inhoud van de verklaring met dit team besproken te worden.
 - De wilsverklaring en, alsook alle handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het verslag van de geraadpleegde arts, worden regelmatig opgetekend in het **medisch dossier** van de patiënt.
 - Het euthanasieverzoek wordt door de arts (**geen delegatie aan niet-artsen**) tot uitvoer gebracht, volgens door instelling vastgestelde medisch-farmacologische procedure.
 - Na de euthanasie moet de arts binnen de vier dagen een registratiedocument overmaken aan de federale controle- en evaluatiecommissie. Dat document bestaat uit twee delen. Een eerste deel met o.m. de persoonlijke gegevens van patiënt en arts wordt door deze laatste verzegeld en door de commissie slechts geopend bij twijfel over het niet naleven van de wettelijke voorschriften. Het tweede deel bevat gedepersonaliseerde gegevens op basis van dewelke de commissie moet nagaan of de toepassing van euthanasie volgens de regels is verlopen.
 - De afspraken over 'nazorg' voor de naasten van de patiënt en voor allen die rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt, worden ten uitvoer gebracht. Aan de betrokken zorgverleners wordt steeds de mogelijkheid geboden tot het voeren van een afrondingsgesprek .

7. Specifiek aandachtspunt: wilsonbekwame patiënten

7.1. Wat is een wilsonbekwame patiënt.

Een wilsonbekwame persoon, is een persoon die juridisch handelingsbekwaam is, maar feitelijk niet. Het gaat om personen die feitelijk niet meer in staat zijn hun wil te kennen te geven aangaande beslissingen die hun persoon betreffen.

Bijvoorbeeld dementerende personen.

7.2. Medische besluitvorming aangaande het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten.

VVI, advies 1.

De vraag naar euthanasie dient afkomstig te zijn van een meerderjarige, handelings- en wilsbekwame patiënt.

In geval van een wilsonbekwame patiënt (*al dan niet in het bezit van een voorafgaande wilsverklaring*) streeft de arts de best mogelijke levens-(stervens-) kwaliteit na.

Indien een wilsverklaring wordt voorgelegd, dan dienen de voorwaarden van punt 6 (de wilsverklaring) te worden nageleefd⁷.

In geval van zinloos geworden medisch handelen wordt geadviseerd voor de afbouw van de medische therapie.
(zie mogelijkheid tot het opstellen van beperkingsbladen)

Overeenkomstig de bijgevoegde visietekst 'Zorg voor een menswaardig levenseinde' wordt euthanasie bij wilsonbekwame patiënten niet in overweging genomen.

⁷ Aanvulling tekst op 29/01/03. Men moet hier verschillende hypothesen onderscheiden: 1. Een 'wilsonbekwame' patiënt heeft een wilsverklaring opgesteld en raakt nadien in een irreversibel coma (zie 6. De wilsverklaring) 2. Een wilsonbekwame patiënt vraagt actieve levensbeëindiging (zie punt 5.2, C, pagina 16 en punt 7)

BIJLAGEN.

BIJLAGE 1: inventarisatie van benodigde documenten (p31)

BIJLAGE 2: beperkingsformulier (p32)

BIJLAGE 3: schema (p33)

BIJLAGE 1: inventarisatie van benodigde documenten.

1. Beperkingsformulier: 4, 5.1.C , 6
2. Patiëntendossier= verpleegkundig en medisch dossier: 3 , 4
3. Palliatieve zorgdossier: 5.1.C
4. Standaardblad voor waarheidsmededeling: 5.1.C
5. Schriftelijk verzoek tot euthanasie: 5.2.C, 5.2.D
6. Medisch dossier: 5.1.C, 5.2.C
7. Onthaalbrochure: 3
8. Brochure Palliatief Support Team: 5.1.C
9. Verpleegkundig dossier: 5.2.E
10. Wilsverklaring: 6
11. Registratiedocument euthanasie: 5.2.D , 6

BIJLAGE 2: Beperkingsformulier.

BEPERKINGSFORMULIER

VERSIE ZIEKENHUIS

FORMULIER BEWAREN IN MEDISCH DOSSIER EN IN VERPLEEGDOSSIER

Naam voluit van de behandelende arts:		Identificatielever van de patiënt:		
Stempel behandelend arts:		
Handtekening behandelend arts:		
Datum en uur:		
Overleg met:				
Collega arts <input type="checkbox"/>	Huisarts <input type="checkbox"/>	Verpleegkundig team <input type="checkbox"/>	Patiënt <input type="checkbox"/>	Naastbestaanden <input type="checkbox"/>
Naam:	Naam:	Naam:	Naam:	Naam:
Datum en uur:	Datum en uur:	Datum en uur:	Datum en uur:	Datum en uur:

Code 2 en 3 zijn slechts van toepassing wanneer ook Code 1 is aangekruist.

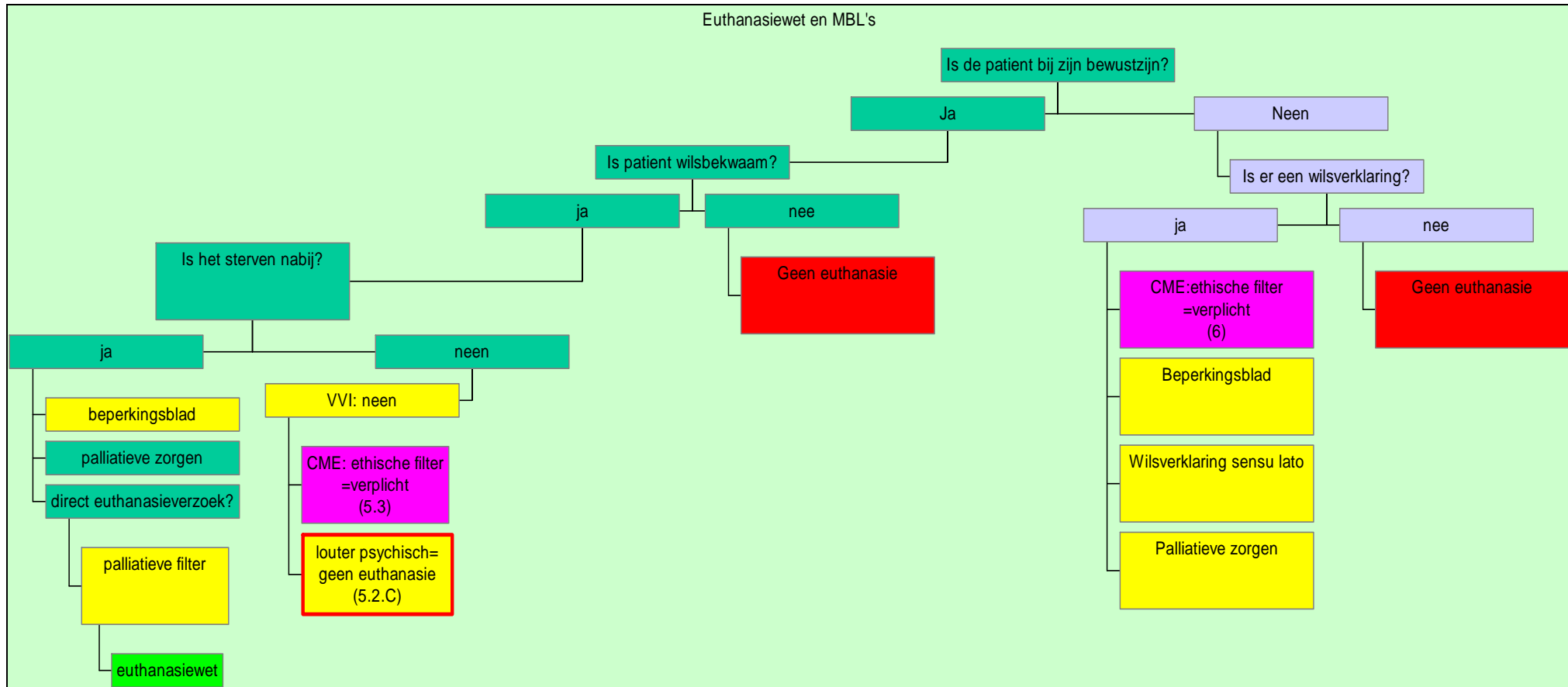
CODE 1: NIET REANIMEREN	Paraaf
In geval van cardiorespiratoire stilstand wordt bij deze patiënt geen reanimatie gestart, dit wil zeggen geen uitwendige hartmassage, geen defibrillatie, geen intubatie, geen kunstmatige beademing.	
Comfortzorgen worden steeds toegediend	

CODE 2: THERAPIE NIET UITBREIDEN	Paraaf		Paraaf
Niet starten met:		<input type="checkbox"/> Kunstmatige voedsel- en vochttoediening <input type="checkbox"/> Transfer naar Intensieve Zorgen <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Bloed en/of bloedproducten <input type="checkbox"/> Correctie van elektrolytenafwijkingen <input type="checkbox"/> Andere	
<input type="checkbox"/> Antibiotica <input type="checkbox"/> Vasopressoren en inotropica <input type="checkbox"/> Intubatie <input type="checkbox"/> Kunstmatige beademing <input type="checkbox"/> Anti-aritmica			
Comfortzorgen worden steeds toegediend			

CODE 3: THERAPIE AFBOWEN	Paraaf		Paraaf
Stop volgende behandeling(en)			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Comfortzorgen worden steeds toegediend			

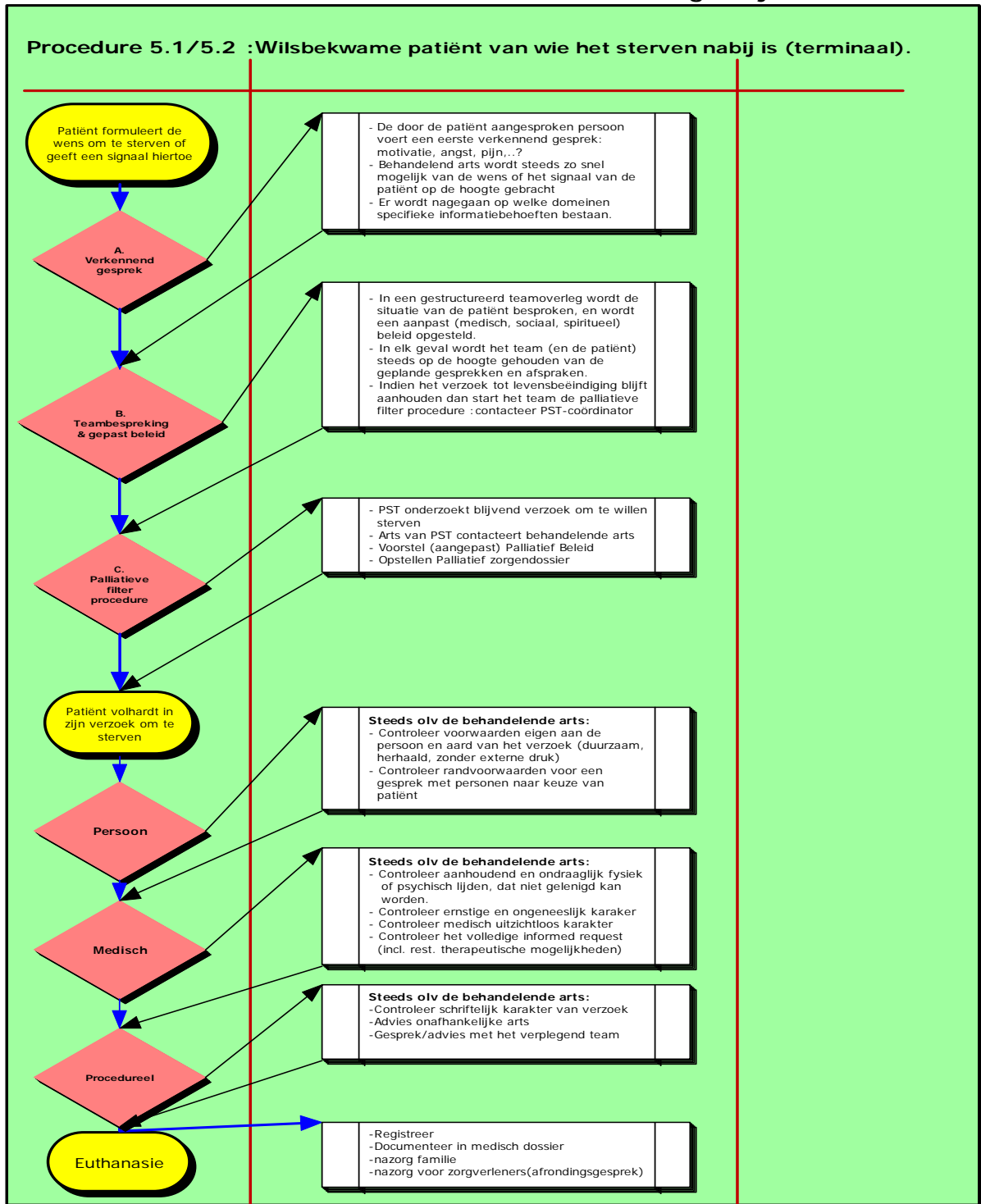
ANNULEER ONMIDDELIJK BOVENSTAANDE RICHTLIJN(EN)	
Naam voluit van de behandelend arts:	
Stempel behandelende arts:	
Handtekening behandelend arts:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Trek meteen ook een streep door het formulier. Vul desgewenst een nieuw formulier in. Annuleer en vervang het formulier in het verpleegdossier Motiveer beslissing tot annulatie in medisch dossier </div>
Datum en uur:	

BIJLAGE 3: Schema



BIJLAGE 4: FLOW-CHARTS

Flow-chart 1: Procedure Euthanasie en Medische handelingen bij het levenseinde

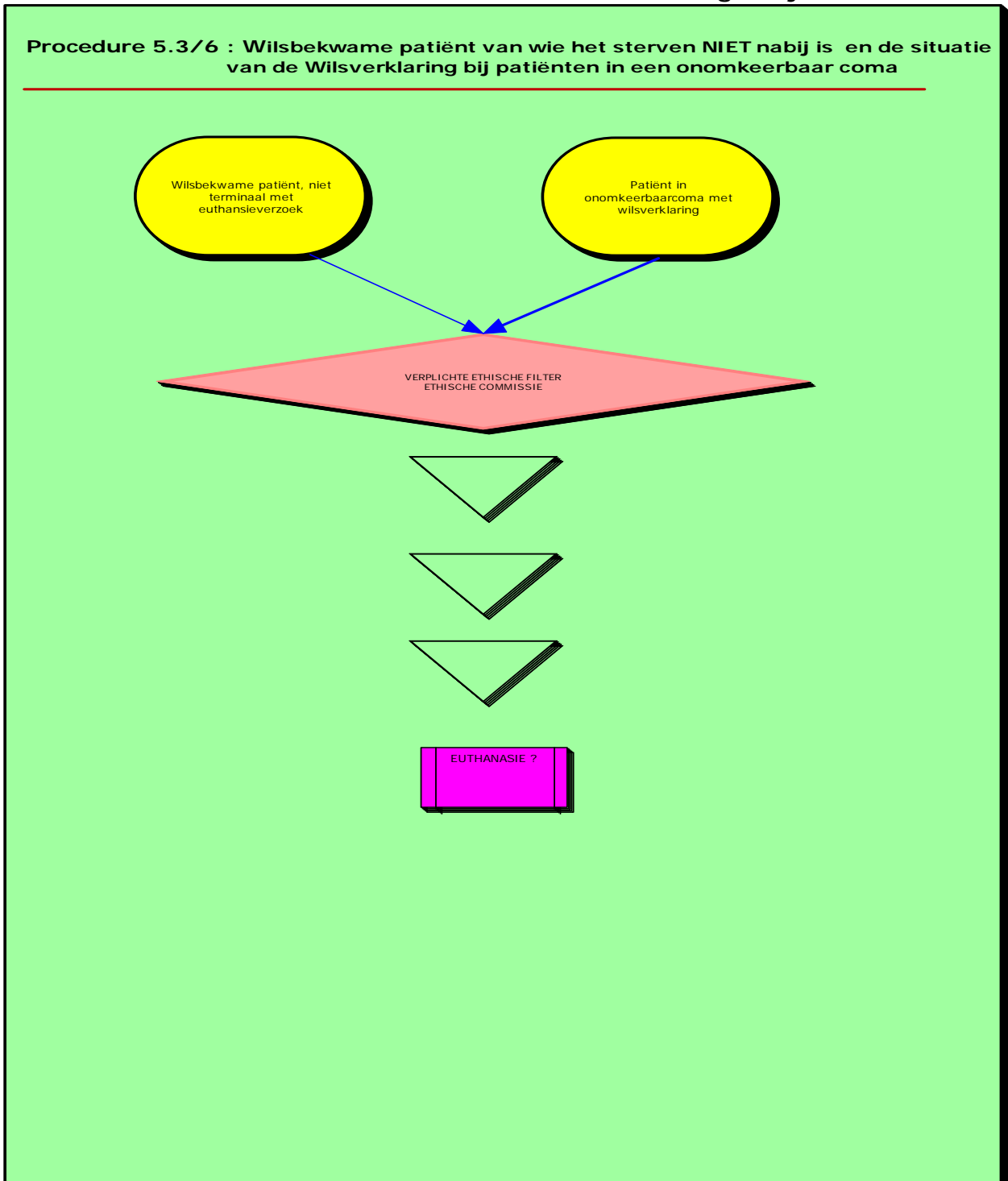


Flowchart legende



Richting als vraag tot levensbeëindiging blijft aanhouden

Flow-chart II : Procedure Euthanasie en Medische handelingen bij het levenseinde



BIJLAGE 5: Samenstelling Ethische Commissies.

Ethische Commissie Sint-Vincentius	Ethische commissie Sint-Augustinus
Mevr. H.W. Dijkhoffz (verpleegkundige, juriste, voorzitter)	Prof. Dr.Van den Eynden (voorzitter, specialist)
Dr.Van der Stighelen (specialist, ondervoorzitter)	Mevr.H. W. Dijkhoffz (verpleegkundige en juriste)
Dr.Schutyzer (specialist)	Mevr. K. Schatteman (jurist)
Dr.Colemont (specialist)	Mevr.P.Van Achter (hoofdverpleegkundige)
Dr.Lenz (specialist)	Mr. A.Verstreken (jurist)
Dr. Van Gerven (huisarts)	Dr.L.Dirix (specialist)
Prof.Verhaeghe (filosoof)	Dr. G. Haazen (huisarts)
Dr. M. Rasschaert (specialist)	Dhr.B. Craen (hoofdverpleegkundige)
Dr. K.Mulkens (specialist)	E.H. M.Meersman (ziekenhuispastor)
Prof .Dr. B. Van den Eynden (specialist)	Dhr.J. Swartenbroekx (apotheker)
Dr. PJ Simons (specialist)	Dr.M.Henckes (specialist)
Mevr. Akkermans (hoofdverpleegkundige)	Dr.C.Vandeputte (specialist)
Mevr.Daems (hoofdverpleegkundige)	Dr. J. Raemaekers (specialist)
Mevr.I.Lauwers (verpleegkundig stafmedewerker)	Dr.E.Van Duynhoven (specialis)
	Dr.P.Locquet (specialist)
	Dr.J.Smekens (specialist)

Samenstelling op datum van 20 sept.2006