

Adviestekst commissie medische ethiek AZN :

'Menswaardig sterven, palliatieve zorg en euthanasie'

September 2008

Gewijzigd juni 2014

Inhoud

Adviestekst commissie medische ethiek AZN :	1
Inleiding	2
1. Definities	3
2. Menswaardig sterven in het ziekenhuis	5
2.1. Fundamentele opties omtrent het omgaan met sterven in onze samenleving	5
2.2. Wet op de patiëntenrechten	6
2.3. Vroegtijdige zorgplanning	6
2.4. Enkele fundamentele organisatorische adviezen	7
2.4.1. Recht op menswaardig sterven veronderstelt ondersteunende structuren	7
2.4.2. Het palliatief supportteam	8
2.5. Medische begeleide zorg omtrent het levenseinde	9
De zorg rond het levenseinde kan in de gezondheidszorg op verschillende wijzen worden begeleid. Het is belangrijk deze verschillende vormen van medisch begeleid sterven goed te onderscheiden. Dit omdat de verschillende vormen vaak verward worden en elk hun specifieke ethische vragen oproepen. Deze dreigen miskend te worden als er geen duidelijke grenzen en verschillen worden aangegeven.	9
3. Keuzen in verband met het curatief of levensverlengend handelen : Al dan niet starten, staken of verder zetten van een medisch zinloze behandeling	9
3.1. Medische benadering :	10
3.2. Juridische benadering	11
3.3. Ethische benadering	12
3.4. Praktische benadering: therapiecodering	13

4. Keuzes in verband met palliatief handelen en pijn- en symptoomcontrole.	16
4.1 Pijnbestrijding: toedienen van pijnstillende middelen met de bedoeling de patiënt in palliatieve fase zoveel mogelijk comfort te verschaffen.	17
4.1.1. Medische benadering	17
4.1.2. Juridische benadering	17
4.1.3. Ethische benadering	18
4.1.4. Praktische benadering	18
4.2. Palliatieve sedatie	19
4.2.1. Begripsinhoud	19
4.2.2. Praktijk van palliatieve sedatie : intentie en handeling	19
5. Keuzes omtrent actieve levensbeëindiging in terminale fase	20
5.1. Definitie en algemene oriëntaties bij euthanasie in terminale fase	20
5.2. Juridisch kader	21
5.3. Praktisch ethische oriëntaties	23
5.3.1. het individuele gesprek met de patiënt met een euthanasievraag	23
5.3.2. De eigenlijke euthanasievraag	24
5.3.3. Een interdisciplinair gebeuren	24
5.3.4. Ondersteuning door het palliatief supportteam (pst)	25
5.3.5. De euthanasie-act	26
5.3.6. Nazorg voor de equipe en familie : debriefing en remediëring	26
6. Keuzes omtrent levensbeëindiging in niet-terminale fase	27

Inleiding

De commissie medische ethiek wenst met deze tekst enerzijds enige begripsverheldering te brengen in enkele veel voorkomende thema's aangaande het begeleiden van patiënt en familie in terminale fase. Anderzijds vindt de commissie het belangrijk dat medewerkers in het ziekenhuis via deze tekst steun vinden bij het werken met vaak moeilijke thema's waarbij ze geconfronteerd worden bij terminaal zieke mensen. Uitgaande van de complexe problematiek omtrent het levenseinde, is het belangrijk om duidelijke aanbevelingen te formuleren die de praktijk ter zake kunnen steunen en sturen.

1. Definities

Om eenduidigheid in de tekst te bewerkstellingen geven we de definities van enkele veel gebruikte termen:

1. Palliatieve zorg
2. Palliatieve sedatie
3. Euthanasie
4. Therapeutische verbetering
5. Terminaal ziek zijn

1. Onder **palliatieve zorg** (W.H.O.2002) verstaan we het volgende :

"Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

Bij Palliatieve zorg:

- Is niet de genezing van de patiënt het doel, maar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven, waardoor het ziekteverloop mogelijk positief beïnvloed kan worden;
- Is de dood een normaal, natuurlijk proces, dat niet vertraagd of versneld wordt;
- Is er aandacht voor lichamelijke én psychische klachten en worden de psychologische en spirituele aspecten in de zorg geïntegreerd benaderd;
- Is er emotionele ondersteuning voor de patiënt;
- Is er emotionele ondersteuning voor de naasten om te leren omgaan met de ziekte van de patiënt, het nakend afscheid nemen van de patiënt en met de eigen rouwgevoelens;
- Wordt, indien nodig, vanuit een team zorgverleners gewerkt, zodat aan alle noden van patiënten en naasten tegemoet kan worden gekomen
- Wordt er, zo gewenst ook rouwzorg aangeboden na het overlijden van de patiënt (ondersteuning bij verliesverwerking);

Palliatieve zorg kan vroeg in het ziekteverloop aan de orde zijn, in combinatie met therapieën die levensverlengend zijn (zoals chemotherapie en radiotherapie). Palliatieve zorg kan ook (medische) onderzoeken omvatten die nodig zijn om pijnlijke, klinische complicaties te begrijpen en te behandelen."

2. **Palliatieve sedatie** betekent binnen het geheel van palliatieve zorg een weloverwogen bewustzijnsverlaging tot het niveau dat vereist is om één of meerdere oncontroleerbare (refractaire) symptomen op adequate wijze te controleren, meer bepaald wanneer het voor alle betrokkenen (patiënt, familie en hulpverleners) duidelijk is dat de zieke stervende is en het overlijden binnen redelijk korte termijn zal plaats vinden, zijnde dagen tot maximaal een tweetal weken.

3. Met de term **euthanasie** wordt algemeen bedoeld: "het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek". Aangezien de Belgische wetgeving enkel aan artsen toestaat euthanasie uit te voeren, hanteren wij als omschrijving voor euthanasie: "het opzettelijk levensbeëindigend handelen van een arts op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt".

4. Onder **therapeutische verbeterheid** verstaan we: "een inzet van therapeutische middelen waarvan de omvang niet in verhouding wordt geacht tot de ernst van de aandoening of tot het resultaat dat er van verwacht mag worden."

In enge zin van het begrip slaat therapeutische verbeterheid bij terminale patiënten op een onredelijke medische behandeling, waarbij de dood op een niet significante wijze wordt uitgesteld, zowel wat betreft de tijd als de kwaliteit van de levensverlenging. (uitwerking zie verder in de tekst)

Daartegenover is er geen sprake van therapeutische verbeterheid, wanneer in zeer ernstige situaties een zware therapie wordt doorgezet die tot doel hebben het lijden van de stervende te verlichten (bvb. palliatieve chemo- of radiotherapie) en bij het voortzetten van bepaalde handelingen met het oog op het preleveren van organen.

5. Onder **terminale patiënt** verstaan we deze patiënt waarvan het behandelend team verwacht dat hij/zij binnen enkele weken of maanden zal overlijden.

2. Menswaardig sterven in het ziekenhuis

2.1. Fundamentele opties omtrent het omgaan met sterven in onze samenleving

Wanneer definitieve genezing niet meer mogelijk is, of wanneer de inzet van middelen niet meer in verhouding staat tot de ernst van de aandoening of het resultaat dat men ervan mag verwachten, dan is het belangrijk dat wij ons richten op ethisch verantwoorde en medisch competente begeleiding van de palliatieve patiënt. Daarbij gelden als uitgangspunt -naast de noden die alle zieken hebben, namelijk: nood aan veiligheid, waardering en fysiek comfort- ook de specifieke noden in verband met de naderende dood: angst voor het sterven, nood aan aandacht voor de zinragen waarmee de patiënt geconfronteerd wordt, nood aan nabijheid en relatie met naasten. Ook deze laatsten hebben nood aan ruime informatie en aan psychologische en sociale ondersteuning, opdat zij hun rol van existentiële aanwezigheid en nabijheid ten einde toe zouden kunnen volbrengen.

De commissie medische ethiek neemt dit als uitgangspunt bij de formulering van enkele ethische oriëntaties omtrent menswaardige stervensbegeleiding.

Er is het recht van elke palliatieve patiënt op menswaardige en medisch competente begeleiding. De commissie medische ethiek neemt als uitgangspunt dat het wenselijk is dat palliatieve patiënten tot aan hun dood in hun gewenste omgeving (thuis of thuisvervangend milieu, ziekenhuis of palliatieve eenheid) kunnen blijven om te sterven. De meest voor de hand liggende opdracht is dan bij te dragen tot het ondersteunen - in de mate van het haalbare -van initiatieven die voorzien in reële hulp om de laatste maanden én het sterven op de gewenste locatie te laten plaatsvinden. . De draagkracht van patiënt en omgeving worden hierbij in rekening gebracht, evenals de ziekte en de symptomen en de daarbijhorende specifieke zorgvragen.

Het palliatief team werkt - mits toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger - samen met het lokale Netwerk Palliatieve Zorg, huisartsen en alle thuiszorgdiensten om deze doelstelling te realiseren.

Het palliatief supportteam van het ziekenhuis wil hierin ondersteunend zijn.

2.2. Wet op de patiëntenrechten

Het AZ Nikolaas wenst de wet op de patiëntenrechten bij deze thematiek fundamenteel te respecteren. Concreet bedoelen we hiermee dat we doorheen deze zorgen bij het levenseinde het recht op zelfbepaling en kwaliteitsvolle zorg willen respecteren alsook de rechten op vrije artsenukeuze, correcte gezondheidsinformatie, geïnformeerde toestemming en weigering, privacybescherming, pijnbestrijding en correcte vertegenwoordiging van de patiënt in het kader van wilsonbekwaamheid.

2.3. Vroegtijdige zorgplanning

Het belang van vroegtijdige zorgplanning in de dagelijkse zorg bij menswaardig sterven is bijzonder groot om goede kwalitatieve zorg te kunnen verlenen.

Vroegtijdige zorgplanning houdt in dat de patiënt vroegtijdig betrokken wordt in de gesprekken met betrekking tot het nemen van beslissingen inzake therapie en zorg bij het levenseinde. Uit studies is gebleken dat er bij de patiënt een wens is om geïnformeerd te worden, dat er een vraag is naar levenskwaliteit en dat patiënten vooruit willen blikken waarbij de mogelijkheid tot eigen inbreng als heel essentieel en tegelijkertijd steunend ervaren wordt. Vroegtijdige zorgplanning sluit in dit kader volledig aan bij de Wet op de Patiëntenrechten.

Het doel van vroegtijdige zorgplanning kan o.a het volgende zijn:

- De medische zorg afstemmen op de wensen en de voorkeuren van de patiënt. Deze wensen en voorkeuren kunnen schriftelijk genoteerd worden op een formulier,
- Het vermijden van over- of onderbehandeling
- Het verminderen van de psychische en emotionele last bij de naaste familie van de patiënt bvb wanneer hen gevraagd wordt om mee te beslissen voor een patiënt die zelf zijn wil niet meer kan uiten

Vroegtijdige zorgplanning gaat uit van een patiëntgerichte medische zorg waarbij een gezamenlijk beslissingsproces vooropstaat zodat de wensen en de verwachtingen van de patiënt het uitgangspunt vormen van de totaalzorg. Vroegtijdige zorgplanning is een **proces** waarbij op continue basis gecommuniceerd wordt ter bevordering van een goede vertrouwensrelatie arts - patiënt. Hoewel vroegtijdige zorgplanning een relatief recent begrip is, ontstaan hier en daar zorgmodellen voor specifieke doelgroepen, o.a. voor dementerenden, dialyse patiënten, COPD patiënten,

Een vroegtijdig gesprek met de patiënt in verband met beslissingen rond het levenseinde is vaak niet zo eenvoudig. Enerzijds kunnen scharniermomenten, zoals een diagnosemededeling of een herval, een aanleiding vormen tot een gesprek. Anderzijds zijn er heel wat barrières, zoals o.a. onwennigheid tav het voeren van dit gesprek,... die overwonnen dienen te worden. Uit onderzoek blijkt dat de meeste patiënten wachten op een initiatief van de arts om dit bespreekbaar te stellen.

2.4. Enkele fundamentele organisatorische adviezen

2.4.1. Recht op menswaardig sterven veronderstelt ondersteunende structuren

Belangrijk in de zorg voor de terminale patiënt is het erkennen van het grondrecht van de stervenden op menswaardig en medisch competent begeleid sterven. Dit kan het best gebeuren in een cultuur van waarachtige hulpverlening - en dus ook begeleiding bij terminale zorg - . Dit betekent dat men vermijdt om zinloze behandelingen te geven én dat men comfortzorg aanbiedt om oneigenlijke-euthanasie vragen te voorkomen. . Dit betekent ook het ontwikkelen van een zorgattitude en zorgorganisatie waarin de noden en keuzes rond het levenseinde, gedragen worden door een diepgaand respect voor de ideeën, gevoelens, en waarden van alle betrokkenen. Dit betekent eveneens dat men tijdig een zo breed mogelijke waaier van structuren dient te voorzien, rekening houdend met de behoeften van de patiënt en hun familie, om menswaardig sterven mogelijk te maken. De overgang van cure naar care wordt hierdoor gewaarborgd. Dit betekent eveneens een intra- als extramurale samenwerking met bestaande diensten. In alle gevallen wensen we hierbij de geïnformeerde toestemming van de patiënt te respecteren.

2.4.2. Het palliatief supportteam

De commissie ondersteunt het palliatief supportteam van het ziekenhuis, zoals het geconcipeerd wordt : als coachend -, advies- en begeleidingsteam inzake menswaardig sterven.

De commissie ondersteunt de volgende functies van het supportteam :

- sensibiliseren en vormen van het medisch, verpleegkundig, paramedisch en ander personeel;
- advies verstrekken inzake pijn- en symptoomcontrole, psychosociale en existentiële zorg en inzake organisatorische initiatieven teneinde professionele palliatieve zorg in het ziekenhuis uit te bouwen
- de begeleiding van patiënten en hun naasten ter harte nemen in complexe en tijdrovende situaties, steeds met de toestemming van de patiënt
- de continuïteit van palliatieve zorg bevorderen met het oog op de terugkeer van de patiënt naar zijn/haar gewenste omgeving : thuis, naar het rust- en verzorgingstehuis, het ziekenhuis of transfer naar een residentiële of palliatieve eenheid. Dit gebeurt steeds in overleg met patiënt, familie en zorgverleners in het kader van het maximaal haalbare.
- samenwerken met het lokale Netwerk Palliatieve Zorg om voornoemde samenwerking met de thuiszorg optimaal te realiseren
- mee helpen voorzien in een forum (bv. werkgroep referentieverpleegkundigen, commissie medische ethiek, ...) om de problematiek omtrent het menswaardig sterven permanent bespreekbaar te houden.

Belangrijk hierbij is te werken aan een klimaat waarin de terminale patiënt een volwaardige plaats inneemt binnen de zorgdoelstellingen van het ziekenhuis.

Met het oog op de adviserende tussenkomsten van het palliatief supportteam bij de patiënt stelt dit team dat dit dient te gebeuren indien de patiënt of zijn vertegenwoordiger hierover geïnformeerd is en toegestemd heeft. Zij wensen te beantwoorden aan de noodzakelijke objectiviteit en deskundigheid.

2.5. Medische begeleide zorg omtrent het levenseinde

De zorg rond het levenseinde kan in de gezondheidszorg op verschillende wijzen worden begeleid. Het is belangrijk deze verschillende vormen van medisch begeleid sterven goed te onderscheiden. Dit omdat de verschillende vormen vaak verward worden en elk hun specifieke ethische vragen oproepen. Deze dreigen miskend te worden als er geen duidelijke grenzen en verschillen worden aangegeven.

We onderscheiden drie grote categorieën van medisch begeleid sterven:

- keuzes in verband met curatief of levensverlengend handelen
- keuzes in verband met palliatief handelen
- keuzes in verband met actieve levensbeëindiging

De noden, keuzen of beslissingen bij het levenseinde zijn nooit louter medisch van aard. Omdat het hier meer om delicate ethische dan puur medische beslissingen gaat, belangen ze alle betrokkenen aan, niet enkel artsen. We spreken dan ook over "medisch begeleide zorg" en niet over "medische beslissingen bij het levenseinde".

De commissie sluit zich aan bij gehanteerde begrippenkader zoals het werd uitgewerkt in het document 'Medisch begeleid sterven - een begrippenkader', september 2006, Federatie Palliatieve Zorg, www.palliatief.be.

3. Keuzen in verband met het curatief of levensverlengend handelen : Al dan niet starten, staken of verder zetten van een medisch zinloze behandeling

Het betreft hier keuzen omtrent het opstarten of al dan niet verder zetten van een curatieve of levensverlengende behandeling. Wanneer zo'n behandeling in een gegeven situatie niet langer als zinvol wordt beoordeeld, kan gekozen worden om ze niet te starten, te staken of na te laten.

Een medische behandeling kan om drie onderscheiden redenen als zinloos worden beoordeeld. Ze is zinloos als ze :

- kansloos is :
als de behandeling niet 'werkt'. Het gewenst effect is uiterst klein tot onbestaande. Een behandeling wordt dan (medisch) 'nutteloos' of ondoeltreffend genoemd. Het oordeel hierover is zuiver medisch-wetenschappelijk en komt enkel de arts toe.
Ofwel
- disproportioneel is :
als de te verwachten baten van een nuttige behandeling niet opwegen tegen de te verwachten lasten ervan voor de patiënt. Het gaat hier om de vraag naar de evenredigheid van de inzet van middelen en kosten in verhouding tot het resultaat. Bij onevenredigheid weegt het beperkt voordeel voor de patiënt niet op tegen de nadelen die in de gegeven medische context overwegen. Dit afwegen vergt een gezamenlijk overleg tussen patiënt, arts, team en familie. Het afwegen van voor- en nadelen is immers geen zuivere medisch-technische aangelegenheid maar heeft ook te maken met het perspectief van de patiënt en zijn waardenwereld: draagt de behandeling (nog) bij tot een betere of aanvaardbare levenskwaliteit ?
- ongewenst is :
als de patiënt de behandeling niet wenst of weigert ook als hij/zij goed geïnformeerd is door de arts. Dit komt voort uit een persoonlijk waarde -oordeel en behoort tot de vrije keuze van de patiënt.

3.1. Medische benadering :

Zolang een patiënt zich in een levensgevaarlijke situatie bevindt die potentieel omkeerbaar lijkt, kan hij/zij met curatief opzet worden behandeld. Wanneer evenwel blijkt dat de toestand van de patiënt in feite onomkeerbaar was of geëvolueerd is naar een irreversibele aandoening, kan, in overleg met alle betrokkenen, de behandeling worden afgebouwd. Het voortzetten van een medisch zinloos geworden behandeling stemt overeen met therapeutische verbetering.

3.2. Juridische benadering

Het stopzetten of niet opstarten van een medisch zinloze behandeling heeft als bedoeling therapeutische hardnekkigheid te vermijden en behoort tot de normale beroepsuitoefening ("good medical practice") van een arts. Een arts is nooit verplicht een medisch zinloze behandeling uit te voeren.

Zoals gezegd onderscheiden we drie situaties :

- De behandeling is kansloos :

Of een behandeling al dan niet nog medisch nut heeft is een medische beslissing die in de eerste plaats aan de arts toekomt. Deze beslissing moet beantwoorden aan een medisch-professionele standaard, hetgeen betekent dat een zorgvuldige arts in de concrete omstandigheden van het geval ook tot deze beslissing zou zijn gekomen.

- De behandeling is disproportioneel :

De arts heeft in principe niet de toestemming van de patiënt - of , indien de patiënt wilsonbekwaam is, diens wettelijke vertegenwoordiger - nodig om een zinloze behandeling stop te zetten of niet op te starten. De arts heeft wel de verplichting de patiënt, diens eventuele vertrouwenspersoon - of , indien de patiënt wilsonbekwaam is, diens wettelijke vertegenwoordiger en eventuele vertrouwenspersoon - voorafgaandelijk en tijdig te informeren over de voorgenomen beslissing, en met deze betrokkenen te overleggen. De bedoeling van dit overleg moet zijn dat het zorgteam tot een consensus komt met de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger. Er dient dus voldoende tijd en ruimte te worden vrijgemaakt om goed en grondig te kunnen communiceren. Het zorgteam moet voldoende uitleg geven over de ernst van de situatie en het mogelijke nut van het verderzetten van de behandeling en open staan voor zingevingsvragen van de patiënt of zijn naasten. Soms kan het verantwoord zijn de behandeling nog een tijdje verder te zetten om de patiënt of zijn naasten toe te laten een realistische kijk te ontwikkelen op de ernst van de situatie en hieruit passende besluiten te trekken.

In zeldzame gevallen waarin geen consensus kan bereikt worden kan de arts niet verplicht worden een medisch zinloze behandeling op te starten of verder te zetten, maar dient de continuïteit van de zorg verder verzekerd te worden. In voorkomend geval dient de beslissing grondig te worden gemotiveerd en kan indien nodig het advies van een tweede arts worden gevraagd.

Een nauwkeurige rapportering in het medisch dossier omtrent wie bij de beslissingen werden betrokken en welke beslissingen om welke motieven werden genomen is noodzakelijk. Het is in deze situatie uiterst belangrijk om een zeer correcte communicatie en begeleiding met de patiënt of zijn vertegenwoordiger te onderhouden.

- De behandeling is ongewenst of wordt geweigerd (bijvoorbeeld door een correct opgemaakte negatieve wilsverklaring) :

Volledigheidshalve wordt aangestipt dat de patiënt na voorafgaandelijk te zijn geïnformeerd moet toestemmen in elke medische behandeling, en dat de weigering van een patiënt (actueel of in een voorafgaandelijke schriftelijke negatieve wilsverklaring) om een behandeling op te starten of verder te zetten dient te worden gerespecteerd. Zorgverleners hebben hier zeker het recht en de plicht hun bezorgdheid tegenover de patiënt te uiten en deze te wijzen op de grote risico's die hij/zij neemt. Blijft de patiënt evenwel uiteindelijk bij zijn/haar weigering, dan moet deze worden gerespecteerd.

Wanneer een patiënt wilsonbekwaam is en diens wettelijke vertegenwoordiger neemt een beslissing die een ernstige bedreiging inhoudt voor de gezondheid of het leven van de patiënt, kan het zorgteam afwijken van de beslissing van de vertegenwoordiger. Het zorgteam kan niet afwijken van de beslissing van een door de patiënt aangeduide vertegenwoordiger wanneer die zich kan beroepen op een uitdrukkelijke voorafgaandelijke beslissing van de patiënt.

3.3. Ethische benadering

Op een gegeven moment kan een situatie ontstaan waarin men, door het toepassen van medische mogelijkheden of door het bestrijden van complicaties, het leven of sterven voor kortere of langere tijd zou kunnen verlengen. De ethische vraag wordt meestal als volgt geformuleerd:

1. Op grond van welke argumenten is het ethisch verantwoord om deze levensverlengende maatregelen achterwege te laten? Deze vraag vloeit voort uit de visie dat we alles moeten doen wat we kunnen. Dat uitgangspunt was terecht zolang de medische mogelijkheden eerder beperkt waren.

Vandaag is de situatie anders, en stelt zich ook de ethische vraag enigszins anders :

2. Op welke gronden mag een onherroepelijk aflopend stervensproces door medisch ingrijpen kunstmatig worden verlengd? Een context van overvloedige medische mogelijkheden vraagt een ethische houding om slechts die mogelijke levensverlengende behandelingen aan te wenden die het welzijn van de patiënt (individueel of in relatie tot zijn naasten) dienen. Het uitgangspunt ligt hier in de eerbied voor het aflopende stervensproces.

Dit houdt in dat de geneesheer met de patiënt of diens vertegenwoordiger de verschillende waarden en onwaarden dient af te wegen en zich dient af te vragen in welke mate een behandeling nog bijdraagt tot menselijke zingeving. Dit proportioneel afwegen is van doorslaggevende betekenis: men zal de ingezette middelen evalueren door de aard van de toe te passen therapie, haar graad van ingewikkeldheid en haar aanwendings - mogelijkheden in overeenstemming te brengen met het te verwachten resultaat, rekening houdend met de toestand van de zieke en met zijn lichamelijke en psychische klachten, met zijn levensovertuiging en rekening houdend met zijn naastbestaanden. De geneesheer dient zich dus af te vragen in hoeverre de ingestelde of de voorgenomen behandeling nog zin heeft.

Wanneer gekozen wordt om een behandeling niet te starten of stop te zetten, kiest men niet om te stoppen met zorg verlenen. Als gestopt wordt met behandelen, intensifieert men het zorg verlenen en het menselijk nabij komen.

3.4. Praktische benadering: therapiecodering

Het uitschrijven en werken met codes omtrent beperking van therapie heeft volgende doelen :

- waken over het respect voor de door de patiënt uitgedrukte wil, een juridisch recht vanuit de patiëntenrechtenwet

- vroegtijdige zorgplanning : de patiënt wordt vroegtijdig betrokken in de gesprekken mbt tot het nemen van beslissingen inzake therapie en zorg bij het levenseinde en dit bij alle patiënten met risico profiel.
- therapeutische verbeterheid voorkomen en continuïteit van zorg garanderen
- de zorg aanpassen aan de manier waarop de patiënten hun levenseinde zien
- andere zorgverstrekkers die werkzaam zijn buiten de gangbare werkuren informeren over de gemaakte behandelafspraken die zij dienen te respecteren
- duidelijkheid scheppen binnen het team betreffende gemaakte afspraken

Praktische afspraken bij het bepalen van een code:

- Voor alle communicatie met de patiënt, wettelijke vertegenwoordiger, vertrouwenspersoon of familie dient voldoende tijd voorzien te worden. Alle informatie wordt op een voor deze personen begrijpelijke en open wijze gebracht overeenkomstig de patiëntenrechtenwet.
- De wilsbekwame patiënt dient over ieder voorstel tot wijziging van de therapiecodering op de hoogte gesteld te worden. Bij het informeren van de patiënt houdt de arts echter rekening met diens draagkracht en de mate waarin hij/zij wenst geïnformeerd te worden. Indien de patiënt niet kan of wil geïnformeerd worden wordt de motivatie gerapporteerd op het DNR formulier.
- Bij wilsonbekwame patiënten dienen de wettelijke vertegenwoordiger en de eventuele vertrouwenspersoon van de patiënt geïnformeerd te worden over iedere mogelijke wijziging in de therapiecodering. De wettelijke vertegenwoordiger dient overeenkomstig de patiëntenrechtenwet in het beslissingsproces betrokken te worden.
- De behandelende geneesheer beslist welke code gehanteerd wordt. De patiënt of indien de patiënt wilsonbekwaam is, diens wettelijk vertegenwoordiger wordt steeds in het beslissingsproces betrokken maar de arts laat het besluit dus nooit over aan hen. De emotionele

draaglast zou immers voor deze laatsten te groot zijn en de schuldgevoelens achteraf voor hen moeilijk om te verwerken.

- Bij elke codering wordt de beslissing pas genomen na overleg met het zorgteam. Het is wenselijk dat er een consensus is rond de beslissing.
- De behandelende geneesheer brengt de code persoonlijk in op het specifieke coderingsformulier in het elektronisch medisch dossier (EMD). De code is voorzien van een korte motivatie van de behandelend arts. Het DNR formulier dient altijd te worden gevalideerd door de arts vooraleer dit geldig is. Deze code blijft gelden zolang er geen wijziging genoteerd is door de behandelend geneesheer (opnieuw met motivatie).
- De Geneesheer (specialist) in opleiding (G(S)O) kan onder supervisie van de verantwoordelijk specialist die op dat ogenblik de patiënt behandelt ook een code inbrengen. Hij/zij kan enkel een geschreven document invullen. De behandelende arts dient van zodra mogelijk Het EMD formulier daarna elektronisch in orde te maken.
- Tijdens dezelfde opname blijft de code gelden ook bij transfer van de patiënt naar een andere afdeling tenzij de nieuwe behandelende arts op dat moment een andere code wil toepassen.
- Indien een nieuwe code wordt beslist door een behandelend arts, dient opnieuw een nieuw DNR formulier te worden ingevuld en gevalideerd. Het is aan te bevelen dat de behandelend arts hierbij aan het zorgteam de opdracht geeft om dit nieuw formulier uit te printen, zodat de verpleging onmiddellijk over deze nieuwe gegevens beschikt. Bij het openen van de tab DNR zal telkens het meest recente formulier verschijnen bovenaan doch kunnen vorige DNR-formulieren nog altijd gezien worden.
- Bij elke heropname door dezelfde behandelend geneesheer dient het elektronisch DNR-formulier opnieuw in het EMD te worden ingevuld.
- De verpleegkundigen van de afdeling maken dagelijks een uitprint van alle afgesproken codes gevalideerd in het EMD, via de elektronische verpleeglijst, zodat hieromtrent geen misverstand kan ontstaan. Zij vergewissen zich dagelijks dat zij een actueel overzicht hebben van de gemaakte DNR beslissingen. Zij printen het actuele DNR codeformulier ook uit zodat er een actueel

formulier onmiddellijk raadpleegbaar is in geval er zich een acute situatie voordoet. Dit formulier wordt op de afdeling bewaard in een groen plastic mapje dat in het verpleegdossier wordt bewaard.

- Ieder teamlid heeft recht op een multidisciplinair overleg met betrekking tot de therapiecodering wanneer hij/zij dit vanuit ethisch perspectief noodzakelijk acht.
- Indien een geconsulteerde arts niet akkoord gaat met de vastgelegde code van de behandelende arts, dan brengt deze arts zijn afwijkende mening omtrent een ander code in, in het vak 'medisch consult' in het DNR-tabblad, gevolgd door een korte argumentatie. We adviseren hierbij dat de geconsulteerde arts de behandelende arts omtrent zijn afwijkend advies ook mondeling informeert.
- Er wordt naar gestreefd ook de huisarts te betrekken in het beslissingsproces. In de contacten naar patiënt en vooral familie is hij/zij een belangrijke schakel. Zo wordt voor een goede en correcte doorstroming van informatie en begeleiding gezorgd. Ook bij ontslag is het belangrijk om goed het therapiebeleid door te geven aan de huisarts en dit te vermelden in de ontslagbrief.
- Het actuele codeformulier in het EMD is steeds zichtbaar voor zowel de behandelende arts, de verpleegkundigen, het oncologisch en palliatief supportteam, de sociale dienst en het geriatrisch supportteam.
- Op de dienst intensieve zorgen is een aparte extra afspraak gemaakt omtrent het akkoord door 2 artsen :
 - Bij "besproken met" wordt door de behandelende arts de arts ingevuld met wie hij/zij overlegd heeft omtrent de code
 - In het vakje " medisch consult " vult de tweede arts zijn/haar advies en akkoord in omtrent de code

4. Keuzes in verband met palliatief handelen en pijn- en symptoomcontrole

Bij deze keuzes gaat het om het geheel van behandelingen dat erop gericht is op een actieve wijze de levenskwaliteit en het comfort van de ongeneeslijk zieke patiënt te maximaliseren.

We bespreken hier 2 rubrieken :

- **pijnbestrijding**
- **palliatieve sedatie**

4.1 Pijnbestrijding: toedienen van pijnstillende middelen met de bedoeling de patiënt in palliatieve fase zoveel mogelijk comfort te verschaffen.

4.1.1. Medische benadering

Pijnbestrijding is mogelijk en noodzakelijk, zeker bij palliatieve patiënten. Hiervoor zijn er verscheidene medicaties ter beschikking. Op een bepaald moment kan er een overlapping zijn tussen de dosissen van de noodzakelijke medicaties voor pijnbestrijding en een mogelijke levensduurverkorting door deze behandeling.

4.1.2. Juridische benadering

Pijnbestrijding behoort tot het normale medische handelen. Het is zelfs een professionele plicht van de arts om pijn te bestrijden met de middelen die de hedendaagse geneeskunde ter beschikking stelt.

Toegepast in bepaalde omstandigheden, nl. t.a.v. een palliatieve patiënt, kan pijnbestrijding ertoe lijden dat het leven van de patiënt wordt verkort.

Als pijnbestrijding als normaal medisch handelen wordt beschouwd, dan moeten alle juridische vereisten die aan dat handelen worden gesteld zijn vervuld. Dit betekent dat de patiënt moet worden ingelicht over de risico's verbonden aan de pijnbestrijding, de mogelijke alternatieven e.d. De toestemming van de patiënt of van de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt (indien de patiënt wilsonbekwaam is) is vereist, behalve in urgentiegevallen.

Voor iedere vorm van medisch handelen geldt de voorwaarde dat tussen het aangewende middel en het nagestreefde doel een redelijke verhouding moet bestaan: wanneer een chirurg een volledig been amputeert terwijl een voet voldoende ware geweest, dan is die redelijke verhouding zoek en is zijn handeling juridisch niet gerechtvaardigd. Dat geldt ook voor pijnbestrijding: een zwaardere dosis toedienen dan nodig om de pijn te bestrijden waardoor het overlijden van de patiënt wordt versneld komt neer op het, naargelang het geval al dan niet op verzoek van de patiënt, veroorzaken van diens overlijden.

4.1.3. Ethische benadering

Een van de meest heilvolle aspecten van de vooruitgang in de geneeskunde is dat men de pijn die mensen ervaren ten gevolge van hun ziekte, drastisch kan verminderen. Het behoort dan ook tot de taak van de arts dat hij, op competente wijze, tot een zo groot mogelijke pijnstilling overgaat.

Pijnbestrijding is zonder meer geoorloofd en noodzakelijk en het is soms onvermijdelijk dat het levensverkortend kan zijn. Men moet steeds voor ogen houden dat de pijnbestrijding niet tegen het leven, maar wel tegen pijn en lijden is gericht.

Enkele voorwaarden dient men in acht te nemen:

- het middel is niet geoorloofd, indien er een ander middel is zonder het levensverkortend neveneffect;
- het middel moet afgestemd zijn op het doel (pijnbestrijding). Overdosis is niet toelaatbaar (principe van de proportionaliteit)
- beslissingen worden genomen in overleg met de patiënt of zijn of haar wettelijk vertegenwoordiger

4.1.4. Praktische benadering

Men mag pijn en lijden niet reduceren tot lichamelijke pijn en lijden. Hoewel de lichamelijke vormen van pijn en lijden zeer belangrijk zijn en om een competente aanpak vragen, aan de hand van een pijnprotocol, is het ook mogelijk dat patiënten die geen lichamelijke pijn ervaren, toch ernstig lijden. Pijn heeft ook een belangrijke psychische (bv. depressie), relationele (bv. eenzaamheid) en spirituele (bv. zingevingsvragen, schuld) component. Ook deze vormen van niet-lichamelijk lijden (die zich evenwel soms in lichamelijke stoornissen manifesteren) moeten de nodige aandacht krijgen. Dergelijke vormen van pijn moeten ook erkend en begeleid worden.

4.2. Palliatieve sedatie

4.2.1. Begripsinhoud

'De terminologie van sedatie is vaag in de literatuur. Termen als 'terminale' of 'gecontroleerde' sedatie zijn niet duidelijk afgelijnd en kunnen daarom verschillend begrepen worden.

Daarom gebruiken we de term 'palliatieve sedatie', hiermee wil men aanduiden dat deze diepe sedatie slechts gebruikt wordt om een refractair of oncontroleerbaar symptoom te 'palliëren'. Dit is het doel van de palliatieve sedatie.

Palliatieve sedatie heeft niet tot doel de dood te bespoedigen maar wordt enkel gebruikt om fysiek, psychisch of spiritueel lijden te verlichten, wanneer alle andere palliatieve zorgen ontoereikend blijken te zijn. We beschouwen dit als een uitzonderlijke therapeutische maatregel.

Sedatie die gegeven wordt om één of meerdere moeilijk te behandelen symptomen te verlichten, behoort tot de normale therapie, we beschouwen dit niet als palliatieve sedatie. Een moeilijk behandelbaar symptoom wordt refractair wanneer het ondanks doorgedreven inspanningen niet efficiënt gecontroleerd kan worden.' (cfr. Prof. Dr. Menten, 27 september 2004)

4.2.2. Praktijk van palliatieve sedatie : intentie en handeling

Het betreft een palliatieve patiënt met een ondraaglijk fysisch, psychisch of existentieel lijden, waarbij reeds in het verleden een maximum aan middelen binnen de pijn- en symptoomcontrole ingezet werden om het lijden te verlichten.

Zuiver psychische (d.w.z. waar geen fysische oorzaak is) en existentiële nood is géén reden tot sedatie.

De vraag komt van de patiënt zelf, welke meerderjarig en wilsbekwaam is. De vraag moet vrijwillig, weloverwogen en herhaaldelijk gesteld zijn.

In uitzonderlijke situaties, om refractaire symptomen onder controle te brengen, kan de beslissing om tot palliatieve sedatie over te gaan, genomen worden door de arts en het multidisciplinair team, na overleg met de eventuele vertrouwenspersoon van de patiënt en na akkoord van de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt (indien de patiënt wilsonbekwaam is), behalve in urgentiegevallen.

We bevelen heel sterk aan dat een situatie die palliatieve sedatie vergt, gebeurt in overleg en in samenwerking met het interdisciplinair team.

Tijdens de voorbereiding kunnen de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger op ieder moment op hun beslissing terugkomen en kan de procedure stopgezet worden.

Sedatie dient proportioneel te worden toegediend, om niet levensverkortend te werken. In de praktijk zo leert de literatuur heeft sedatie slechts uiterst zelden een levensverkortend effect.

Sedatie dient ook slechts zo lang (kort) en zo diep (oppervlakkig) te worden toegediend als nodig om symtoomcontrole te bereiken. In deze zin is sedatie een dynamisch gegeven.

Voor de richtlijnen bij de voorbereiding, de uitvoering en de nazorg verwijzen we naar het concrete beschikbare protocol bij de betrokken professionele medewerkers. Deze tekst is voor hen beschikbaar via het infonet van AZN en bij het palliatief supportteam..

5. Keuzes omtrent actieve levensbeëindiging in terminale fase

5.1. Definitie en algemene oriëntaties bij euthanasie in terminale fase

- Met de term euthanasie wordt algemeen bedoeld :“Het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkenen, op diens verzoek.” Aangezien de Belgische wetgeving enkel aan artsen toestaat euthanasie uit te voeren, hanteren wij als omschrijving voor euthanasie : “het

opzettelijk levensbeëindigend handelen van een arts op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt.”

- De vraag om euthanasie en de houding van de hulpverlener
Een patiënt kan een duidelijke euthanasievraag stellen en te kennen geven dat hij op deze wijze wil sterven. De hulpverlener die met de vraag naar euthanasie geconfronteerd wordt, moet ten minste bereid zijn de vraag aandachtig te beluisteren. Dit impliceert dat men de mogelijkheid creëert om de vragen, de gevoelens van de patiënt en zijn omgeving aan bod te laten komen, evenals de onzekerheden en praktische vragen. Patiënten die om euthanasie vragen dienen zowel bij het medisch team als bij de verpleegkundigen en andere hulpverleners (oa. het palliatief supportteam) te kunnen rekenen op een adequate opvang, waarbij bespreekbaarheid en begeleiding centraal staan. Zorg voor een menswaardig levenseinde betekent dat de vraag van de patiënt niet kan worden genegeerd in de besluitvorming. Anderzijds betekent het stellen van de vraag of het verzoek om euthanasie een noodzakelijk maar niet voldoende voorwaarde om tot euthanasie over te gaan.

- schijnbare euthanasievragen

Onderzoek en ervaring wijst uit dat de het verzoek soms verdwijnt nadat ze worden opgevangen via goede palliatieve zorg. In de praktische procedure voor het omgaan met euthanasie dienen we hiermee rekening te houden door een “palliatieve filter” in te bouwen (De voorwaarden waaronder we deze filter inbouwen zijn verder geschetst).

5.2. Juridisch kader

De wet omschrijft een aantal vereisten die moeten gerespecteerd worden bij het ingaan op een vraag om euthanasie in terminale fase. We vatten hier de meest cruciale voorwaarden samen :

- In geval de wilsbekwame patiënt herhaaldelijk om euthanasie vraagt, kan de verantwoordelijkheid van de arts niet beperkt worden tot het

empathisch beluisteren van de noodlijdende patiënt. Van de arts wordt verwacht dat hij :

- de patiënt inlicht over alle aspecten van zijn gezondheidstoestand en over de verschillende mogelijkheden van begeleiding/zorgverlening.
 - op basis van het medisch dossier de mogelijkheden van palliatieve zorg met de patiënt en het zorgverlenend team overlegt.
- De vraag om euthanasie dient afkomstig te zijn van een meerderjarige wilsbekwame terminale patiënt/bewoner.
 - Het gaat om een uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam verzoek, dat door de patiënt wordt gedaan op het ogenblik dat hij zich bevindt in een medisch uitzichtloze en terminale toestand ten gevolge van een lichamelijke oorzaak en waarbij de patiënt aanhoudend en ondraaglijk fysiek en/of psychisch lijdt.
 - Het verzoek met de reden tot de vraag om euthanasie is schriftelijk opgesteld, gedateerd en ondertekend door de patiënt. Indien de patiënt niet kan ondertekenen wordt het verzoekschrift door een derde opgesteld die meerderjarig is, aangeduid door de patiënt. Deze derde heeft er geen materieel belang bij en stelt het op in aanwezigheid van de arts. Deze schriftelijke wilsverklaring wordt opgenomen in het medisch dossier.
 - Een wilsverklaring, voorafgaandelijk opgesteld is vijf jaar geldig en steeds wijzigbaar door de patiënt.
 - De terminale fase is begonnen.
 - Er zijn voldoende zwaarwichtige medische redenen om het verzoek om tot euthanasie over te gaan in overweging te nemen, nl. het ondraaglijk en onbehandelbaar lijden waaraan een lichamelijke oorzaak ten grondslag ligt en de medisch uitzichtloze terminale situatie.
 - De gewetensvrijheid van de hulpverlener (arts, verpleegkundige, ...)dient gerespecteerd te worden. De arts kan in gewetensnood zijn om de euthanasie uit te voeren. Indien dit zo is, dan wordt verwacht dat de arts dit van bij de aanvang meedeelt en verduidelijkt aan de patiënt zodat de zorg tijdig kan overgedragen worden aan een collega arts.
 - Er is bij het euthanasieverzoek het advies nodig van een tweede arts, die onafhankelijk en bevoegd is. Deze geraadpleegde arts neemt inzage in het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich

vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan gelenigd worden. Hij stelt een verslag op voegt dit bij het dossier. De behandelend arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging. Dit advies is niet bindend voor de eerste arts.

- Een patiënt kan naast het hierboven beschreven actueel euthanasieverzoek ook door middel van een voorafgaandelijke wilsverklaring om euthanasie vragen wanneer hij later in gevolge een ernstige ongeneeslijke aandoening onomkeerbaar buiten bewustzijn zal blijven. Een dergelijke voorafgaandelijke wilsverklaring blijft vijf jaar geldig. In die situatie slaat het advies van de tweede arts dan op de onomkeerbaarheid van de toestand van niet-bewustzijn, en dient een bespreking te gebeuren met de eventueel door de patiënt aangeduide vertrouwenspersoon en familie door deze vertrouwenspersoon aangeduid.
- Het wettelijk registratiedocument dient te worden ingevuld.

5.3. Praktisch ethische oriëntaties

Zonder de bedoeling te hebben hier volledig in detail te gaan, geeft de commissie enkele praktische oriëntaties aan bij het omgaan met een euthanasieverzoek. Een gedetailleerde concrete praktische richtlijn is permanent ter beschikking bij het palliatief supportteam en op het intranet van AZN.

5.3.1. het individuele gesprek met de patiënt met een euthanasievraag

- Zoals reeds vermeld is het ontzettend belangrijk om de vraag die de patiënt stelt zo helder mogelijk te begrijpen. Schijn - euthanasievragen worden hiermee ontdekt en geven aanleiding tot het verlenen van degelijke palliatieve comfortzorg waardoor de euthanasievraag heel vaak wegvalt. Informatie aan de patiënt omtrent het eventueel vastgestelde onderscheid tussen zijn/haar vraag en een

euthanasievraag kunnen veel zorgen bij de patiënt/familie doen wegvallen.

- De duurtijd van deze vraag dient nagegaan en het ingaan op de inhoud en duurzaamheid van deze vraag zijn kerntaken voor de betrokken zorgverleners.
- Informatie over de noodzaak om het verzoek tot euthanasie schriftelijk kenbaar te maken is uiteraard noodzakelijk. Tevens wordt de patiënt aangeraden zijn wens te bespreken met zijn behandelende arts(en).
- Indien een hulpverlener een euthanasievraag bij een patiënt vaststelt, dan is het belangrijk deze vraag onmiddellijk en serieus te nemen en zorgzaam te luisteren naar de betekenis. Deze vraag uitstellen en hopen dat ze wel overgaat geeft de patiënt een erg eenzaam gevoel. Vroegtijdig beluisteren van deze vragen voorkomt ook veel misverstanden in een later stadium.

5.3.2. De eigenlijke euthanasievraag

De commissie bevestigt dat de behandelend arts en de andere leden van het team zich voor een euthanasie vraag geplaatst kunnen weten, wanneer het lijden niet verdwijnt. Precies hier heeft het geweten de uiterst belangrijke taak om te wikken en te wegen, enerzijds bewogen door fundamentele waarden, zoals "respect voor de autonomie van de patiënt/bewoner" en "eerbied voor het leven" , anderzijds vanuit het conflict oordelend op welke manier deze waarden het best kunnen worden waargemaakt. De commissie respecteert in deze gevallen de gewetensbeslissing van de arts en van de leden van het hulpverlenend team om tot euthanasie over te gaan, ervan uitgaande dat de arts vertrekt van de keuze voor het meest menselijk mogelijke.

5.3.3. Een interdisciplinair gebeuren

- Gezien heel veel diverse zorgverleners aan het ziekbed komen, is het noodzakelijk de euthanasievraag interdisciplinair te bespreken.
- Omdat de palliatieve mogelijkheden en comfortzorg in deze fase zeker dienen geëvalueerd te worden, is het noodzakelijk het palliatief team in te

schakelen, steeds mits toestemming van de patiënt. Afhankelijk van de vragen/noden van de patiënt dient het zorgaanbod verder bijgestuurd te worden in het kader van pijn- en symptoomcontrole, psychische, sociale of existentiële zorg.

- Het spreekt voor zich dat er regelmatig interdisciplinaire besprekingen plaatsvinden zodat de patiënt/familie een totaalzorg ervaart die afgestemd is op de specifieke noden en verwachtingen van de patiënt. Ook om geen tegenstrijdige boodschappen aan de patiënt/familie te geven, is interdisciplinaire afstemming een absolute vereiste.
- Indien het om een duidelijke euthanasie vraag gaat, is het belangrijk om tijdig de tweede arts te consulteren. De commissie adviseert om als tweede arts een lid van het pst te nemen omdat deze artsen vertrouwd zijn met deze materie.

5.3.4. Ondersteuning door het palliatief supportteam (pst)

De commissie adviseert om het pst systematisch te betrekken bij een euthanasievraag :

- Bij het inschakelen van het palliatief supportteam (pst) wensen we de wettelijke rechten van de patiënt te respecteren. Concreet betekent dit dat het pst slechts kan ingeschakeld worden indien de patiënt hierover geïnformeerd werd en hierin toestemde, dat het advies van het palliatief team binnen redelijke termijn dient verstrekt te worden en dat de teamleden beantwoorden aan de noodzakelijke objectiviteit en deskundigheid.
- We adviseren dat het pst in de zorg wordt betrokken zoals gezegd in de eerste plaats om de noden van de patiënt te exploreren en in te lossen waar wenselijk/noodzakelijk.
- Het pst kan eveneens helpen om het zorgproces bij een vraag naar euthanasie te begeleiden en ondersteunen, gezien dit team er een expertise heeft in opgebouwd.
- Het pst beschikt over coachingsvaardigheden bij toepassing van alle wettelijke documenten en van de officiële procedure betreffende euthanasie en kan bijkomende begeleiding/ informatie verstrekken aan alle partijen, indien gewenst.

- Het pst kan mee ondersteuning geven in de nazorg aan de familie en debriefing van het zorgverlenend team dat met de euthanasie werd geconfronteerd.

5.3.5. De euthanasie-act

- Voor de concrete praktische procedure tot uitvoering van euthanasie, verwijzen we naar het protocol ter beschikking bij het pst en op het intranet van het ziekenhuis.
- Enkele ondersteunende elementen die de commissie adviseert :
 - Detailafspraken rond tijdstip van uitvoering met alle direct betrokken brengen rust en vertrouwen, zowel bij patiënt en familie als bij de zorgverleners. NB. Een euthanasie uitvoering is nooit een dringende act, deze wordt weloverwogen voorbereid en geëxploreerd in overleg met de patiënt en de betrokken aanwezige familieleden. Bij deze gebeurt een euthanasie uitvoering liefst niet in het weekend noch 's nachts daar er onvoldoende ondersteuning door de zorgelijke kan gegarandeerd kan worden.
 - Bijzonder veel aandacht voor de wensen van de patiënt in deze laatste fase is wenselijk (zoals ziekenzalving, aanwezigheid van bepaalde personen, wensen rond opvang van zijn/haar familie ...)
 - Veiligheid omtrent medicatie wordt ingebouwd door het handtekenen van het voorschrift door 2 artsen en het op voorhand verwittigen van de apotheekverantwoordelijke
 - De medicatie wordt steeds door de arts toegediend, nooit door een arts in opleiding

Bij het uitvoeren is steeds naast de arts een verpleegkundige aanwezig en bij voorkeur ook een psycholoog.

5.3.6. Nazorg voor de equipe en familie : debriefing en remediëring

Gezien de act zeer aangrijpend kan zijn voor de hulpverleners én de familie wordt steeds een debriefing georganiseerd. Medewerkers dienen ten allen tijde beroep te kunnen doen op hun leidinggevenden en pst indien dit nodig is voor de zorgvuldige verwerking van praktijkervaringen.

Afhankelijk van de noodzaak worden gesprekken gepland met familie op geregelde tijdstippen. Het pst neemt ook hier een ondersteunende rol op.

6. Keuzen omtrent levensbeëindiging in niet-terminale fase

Ook voor deze vraag die een patiënt stelt, is in AZ Nikolaas alle respect. Deze vraag wordt met evenveel respect benaderd als een vraag omtrent terminale euthanasie. Gezien deze vraag om euthanasie slechts zelden voorkomt, stelt de commissie medische ethiek een ad hoc team samen die zorgvuldig deze vraag exploreert en zoekt naar het geschikte antwoord op deze vraag zodat de patiënt en zijn naastbestaanden een zorgvuldig zorgaanbod krijgen en er ook een volwaardig respect is voor de gewetensvrijheid van de zorgverleners.

Algemeen besluit

De commissie hoopt met deze adviestekst, breed voorgelegd binnen het ziekenhuis en goedgekeurd door de directie en raad van bestuur van AZ Nikolaas, een steun en leidraad te bieden bij de zorg voor terminaal zieken en hun familieleden in de dagdagelijkse praktijk van AZ Nikolaas.

Zowel de visie, de vroegtijdige zorgplanning en de organisatorische en praktische consequenties om dit uit te bouwen dienen met zorg te worden gecommuniceerd en geïnstalleerd en op permanente basis bijgestuurd.

De commissie neemt zich voor om deze tekst periodisch te herevalueren en/of bij te sturen, rekening houdende met evoluties in de praktijk.

Medewerkers kunnen ook steeds terecht bij de leden van de commissie medische ethiek indien zij opmerkingen, suggesties of aanvullingen op deze tekst willen inbrengen.

Juni 2014

Lut van de Vijver
Secretaris commissie medische ethiek

Dr. Gino De La Meilleure
voorzitter com. med. ethiek