

Intern stappenplan euthanasie AZL

Zie ook:

- Euthanasiewet 2002
- Intern stappenplan palliatieve sedatie AZL
- LEIF-telefoonlijn voor artsen: 02/456.82.15
- LEIF-telefoonlijn voor anderen: 078/15.11.15
- 'Euthanasie en communicatie' door Michel Schynkel, PST, AZ St Blasius (in bijlage)
- Registratieformulier voor artsen:
Federale Controle- en Evaluatiecommissie (FCEEC), Zelfbestuursstraat 4, 1070 Brussel
www.health.fgov.be/euthanasie

Vooraf

- Euthanasie is nooit een urgentie, luisteren wel!
- '80 % van de euthanasievragen komen voort uit angst...'
- Er is een redelijke periode nodig tussen de euthanasievraag en de uitvoering. Dit moet mogelijk maken om de duurzaamheid van het verzoek en het aanhoudend karakter van het lijden vast te stellen. Tevens vinden er best meerdere gesprekken met de patiënt en zijn omgeving plaats en dient de patiënt de gelegenheid te hebben om over zijn verzoek te praten met de mensen die hij wenst. Men voorziet bij voorkeur ook minimum een tweetal teamvergaderingen.
- De medische verantwoordelijkheid blijft bij de arts. De verantwoordelijkheid voor het proces van begeleiding ligt bij het (interdisciplinair) team. Maak duidelijke afspraken.
- Het gaat over een beslissingsproces waarin de patiënt centraal staat.
- Bedenk dat de patiënt in zijn beslissingsproces verder staat dan de hulpverleners. Respect voor ieders tempo/positie hierin is belangrijk.
- Niemand kan verplicht worden om mee te werken aan euthanasie en euthanasie is ook geen afdwingbaar recht. Duidelijkheid hierover is belangrijk voor de patiënt én de betrokkenen.

Fase 1: Eerste vraagstelling

Van wie komt de vraag ?

- Als de vraag niet van de patiënt zelf komt:
 - Luisteren, zorg aanreiken → geen euthanasie
- Als de vraag van de patiënt zelf komt:
 - Palliatief Consult
 - bij voorkeur ism PST: psychologe/sociaal verpleegkundige
 - taken van het PST: exploratie van de vraag, informatie en ondersteuning aan alle betrokkenen

Een patiënt stelt een euthanasievraag:

- Neem de vraag ernstig, ga er discreet mee om, probeer de achterliggende vraag te horen. Noteer voldoende. In bijlage zit een leidraad voor het gesprek met de patiënt.
- Ga na of er voorgaande euthanasieverzoeken zijn geweest.
- Ga na of er een positieve wilsverklaring (euthanasie) of een negatieve wilsverklaring is (dit zijn afspraken geformuleerd door de patiënt mbt. staken van curatieve behandelingen en voorkeur voor comforttherapie (DNR-formulier of ABC-formulier)).

- Ga na of er een psychiatrische problematiek is (depressie, psychosomatiek...).
- Stel voor dat de patiënt zelf met de huisarts en met de familie hierover spreekt en vraag toestemming dat iemand van het team dit ook doet.
- Moedig de patiënt aan om zijn vraag zelf ook te bespreken met zijn behandelende arts.
- Maak een afspraak met de patiënt voor een volgend gesprek en geef duidelijkheid over wat hij al dan niet kan verwachten.
- Verwittig behandelend arts, hoofdverpleegkundige en PST van de euthanasievraag.
- Overleg of een eenpersoonskamer moet voorgesteld worden.

Idealiter bespreekt de patiënt zijn vraag zelf met zijn behandelende arts. Assistentie door een verpleegkundige of tegemoetkoming door de arts kan nodig zijn opdat de patiënt zijn vraag kan stellen.

De arts beluistert, onderzoekt, raadpleegt het dossier, stelt vast, overlegt met zijn team (vragen ter voorbereiding van de teamvergadering: zie bijlage), maakt verslag en geeft uitleg aan de patiënt over zijn toestand en levensverwachting. Hij stelt hem alternatieven voor en bespreekt de gevolgen (= palliatieve filter inschakelen).

De arts communiceert duidelijk naar de patiënt toe of hij bereid is om op eventueel herhaald euthanasieverzoek in te gaan of niet.

Zo de arts niet bereid is om op de vraag in te gaan, blijft hij toch beschikbaar voor de beste zorg. We vinden het meest menselijke dat de arts zelf een collega aanspreekt die bereid kan zijn om op de vraag in te gaan. De patiënt zal moeten beslissen of hij

- ofwel de doorverwijzing aanvaardt en beroep doet op een andere arts
- ofwel zijn vertrouwen geeft aan zijn behandelend arts, die hem de best mogelijke palliatieve zorgen garandeert in samenwerking met het interdisciplinair/PST-team.

De palliatieve filter = ‘welke alternatieven kunnen nog geboden worden?’

Mogelijkheden (zie ook: interdisciplinair team en PST):

- pijn- en symptoomcontrole
(oa. palliatieve/gecontroleerde sedatie bij refractaire symptomen, zie protocol)
- psychosociale en spirituele ondersteuning
- naar huis of naar een palliatieve eenheid

Hierbij hoort degelijk interdisciplinair overleg waarin totaalzorg en de vraag van de patiënt achter de euthanasievraag centraal staan.

Ofwel vindt de patiënt hierin voldoende geruststelling

Ofwel blijft hij bij zijn euthanasievraag en stelt een herhaald verzoek

En wordt er een arts gevonden die bereid is om op de vraag in te gaan.

Fase 2: Herhaald verzoek

De arts, bereid om op de vraag in te gaan, gaat vooreerst de wettelijke voorwaarden na:

1. Patiënt is meerderjarig of ontvoogd minderjarig
 2. Patiënt is handelingsbekwaam en bewust
 3. Het verzoek is vrijwillig, duurzaam, overwogen, herhaald en schriftelijk
 - Het verzoek is schriftelijk, gedateerd en ondertekend door de patiënt zelf.
 - Indien de patiënt niet zelf het verzoek kan neerschrijven, kan dit ook gebeuren door een ander meerderjarig persoon in het bijzijn de patiënt, een arts en 2 getuigen. Zeker één getuige mag geen materieel belang hebben bij het overlijden van de patiënt. Alle aanwezigen tekenen. Een medisch attest verantwoordt waarom de patiënt zelf niet opschrijft. De patiënt laat zelf ook de reden noteren waarom hij niet zelf schrijft.
 4. Er is sprake van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan gelenigd worden
 5. Het lijden is het gevolg van een ernstige, ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.
- Bij terminale patiënten volstaat herhaald schriftelijk verzoek en wordt een tweede onafhankelijke arts ingeschakeld om de toestand van de patiënt te beoordelen. De tweede arts kan een LEIF Arts zijn. In Vlaanderen is overal binnen een straal van 20 km een LEIF arts te vinden.
 - Bij niet-terminale patiënten wordt ook een derde arts (specialist of psychiater) ingeschakeld voor evaluatie van de toestand van de patiënt en is er een interval van 1 maand na verzoek...
 - Bij patiënten in onomkeerbaar coma en met een positieve wilsverklaring kan er rekening gehouden met zijn wens via zijn vertegenwoordiger, aangesteld in de positieve wilsverklaring. Met deze wilsverklaring kan alleen rekening gehouden worden indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.

Fase 3: Duurzaam verzoek

Als aan de wettelijke voorwaarden voor euthanasie voldaan is
en als het verslag van de tweede (en derde) arts de vaststellingen van de eerste bevestigt
en als met de wensen en visie van de patiënt en zijn omgeving (familie en team)
voldoende werd rekening gehouden (voor de bevraging van familie en team: zie bijlage)
en als er geen evenwaardige alternatieven mogelijk zijn

Dan is er sprake van een duurzaam verzoek en kan de procedure voor de toepassing van euthanasie starten:

1. Uitleg door arts over de medische procedure aan patiënt (en omgeving): middel van toediening, te verwachten symptomen, tijdsverloop...
2. Overleg en afspraken van arts met patiënt, omgeving en interdisciplinair team m.b.t. het moment van toepassing van euthanasie. Overweeg of nadien verder werken voor betrokkenen mogelijk is. Iedereen beleeft het moment van euthanasie immers verschillend. Respect voor mekaars keuzes en ruimte voor onverwachte reacties is essentieel.
3. Spreek duidelijk af omtrent de verpleegkundige handelingen. Bedenk dat op het moment zelf houvast nodig is, omdat de zo vertrouwde routinehandelingen bij euthanasie een totaal andere betekenis krijgen.
4. Begeleiding door paramedisch team en PST omtrent laatste wensen en afscheid
5. Uitvoering van de euthanasie

De afspraken voor locatie en tijdstip worden gevolgd. Er is ((een) ruimte voor) emotionele opvang van betrokkenen voor, tijdens en na de euthanasie.

6. Nazorg

Er is nazorg voor overledene, omgeving en team.

7. Registratie

Aangifte aan Federale Controle- en Evaluatiecommissie binnen de 4 werkdagen.
door behandelend arts via het registratieformulier.

A. Vragen over de patiënt

1. De vraag en context van de vraagstelling

- Wie bracht het onderwerp euthanasie ter sprake?
 - o Patiënt, familie, verwanten...?
- Tegenover wie heeft de patiënt de vraag eerst (zelf) geuit?
- Met wie heeft patiënt er nog over gepraat?
 - o Met wie wil patiënt er nog over praten?
 - o Met wie wil patiënt er eventueel niet over praten? Waarom niet?
- Wanneer komt het onderwerp voor het eerst ter sprake en waarom net op dit moment?
 - o Last van pijn?
 - o Sfeer van vertrouwen?
 - o Gevoel van depressie?
 - o ...
- Hoe lang loopt patiënt al rond met de vraag voor die gesteld werd?
 - o Komt de vraag, als impulsief of als weloverwogen over?
- Waarom wil de patiënt dat zijn leven vervroegd beëindigd wordt?
 - o Patina heeft het moeilijk met verder (lichamelijke) aftakeling, kan dit niet aan
 - o Patiënt heeft schrik voor pijn
 - o Patiënt wil niet afhankelijk zijn/worden van anderen
 - o Patiënt wil zelf alles in handen houden, autonomie behouden
 - o Patiënt wil omgeving niet belasten, wil anderen niet tot last zijn
 - o Patiënt heeft schik om te sterven, wil dit niet bewust meemaken
 - o ...
- ...

2. Psychische toestand van de patiënt

- Hoe ging de patiënt in het verleden met moeilijke situaties/beslissingen om? (Welke moeilijke beslissingen heeft hij nog moeten nemen?)
- Hoe zegt de patiënt zich te voelen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Komt dit overeen met observaties door derden? Hoe komt patiënt bij jou over?
 - o zeker, O twijfelend, O rustig, O ellendig, O opgelucht, O sereen, O emotioneel,
 - o bitsig, O kwaad, O wanhopig, O ziek, O gelaten, O depressief, O berustend,
 - o bitter, O cynisch, O ironisch, O blij, O koud, O warm, O open, O gesloten,
 - o nerveus, O angstig, O ...
- Is er wisseling in deze emoties? Waarmee heeft dit te maken?
- Is er een wijziging van de emotionele toestand van de patiënt sinds hij de euthanasievraag uitgesproken heeft? In welk opzicht?
- Legt de patiënt veel druk op het zo vlug mogelijk ten uitvoer brengen van de euthanasie? Waarom doet de patiënt dat?
- Door welke zaken wordt de kwaliteit van leven bij patiënt vooral bepaald?
- Welke zaken geven zin aan het leven van patiënt?
 - o Gezin en familie
 - o Sociale contacten
 - o Anderen ten dienste zijn
 - o Kunnen presteren/werken

- Kunnen uitoefenen van hobby's/vrijtijdsbesteding
- Bepaalde genietingen
- ...

3. Houding van de patiënt tegenover het stervensproces

- Waar is de patiënt bang voor?
- Hoe ziet de patiënt zijn toekomst indien er geen euthanasie voltrokken zou worden? Waar is hij dan bang voor? Wat ziet hij dan als mogelijkheden?.
- Kiest de patiënt voor euthanasie vanuit het idee verzoend te zijn met de dood of net omdat hij schrik heeft voor de dood en het sterven niet bewust wil meemaken?
- Is het patiënt gelovig? Gelooft hij in een leven na de dood?
- Indien de patiënt denkt aan de dood, waaraan denkt hij dan vooral? Welke ervaringen hebben zijn kijk op de dood bepaald?
- Wie is eerder in zijn naaste omgeving gestorven? Welke indruk heeft dit nagelaten? Op welke manier speelt dit nu mee?

4. Houding van de patiënt t.o.v. verwanten en hulpverleners

- Heeft de patiënt de euthanasievraag eerst met zijn verwanten besproken?
 - Indien niet: waarom niet? Hoe verwacht patiënt dat omgeving zal reageren?
 - Indien wel: wat waren de reacties? Heeft iedereen op dezelfde manier gereageerd? Wat riepen deze reacties emotioneel op bij de patiënt?
- Wat wil patiënt naar verwanten toe nog doen?
- Praat patiënt makkelijk over dit onderwerp of wil hij – nu de vraag gesteld is – het er liefst niet meer over hebben? Is daarin evolutie merkbaar?
 - Praat hij er makkelijk met zijn omgeving over? Met wie wel en met wie niet?
 - Praat hij er makkelijk met de hulpverleners over? Met wie wel en met wie niet?
- Maakt de patiënt zich zorgen om de personen die zullen achterblijven?
- Waar maakt patiënt zich precies zorgen over?
- In welke mate speelt het feit dat de patiënt voor euthanasie kiest hierin mee? Heeft de patiënt het gevoel zijn omgeving tot last te zijn? Speelt dit mee in zijn vraag naar euthanasie?
- Heeft patiënt (naar eigen aanvoelen) al kunnen afscheid nemen? Zijn er nog zaken die geuit, besproken of geregeld dienen te worden?
- Hoe ziet patiënt het moment van euthanasie concreet?
 - Ziet patiënt dit als een ritueel samen met de familie?
 - Wie mag daar bij aanwezig zijn en wie niet?
- Wil patiënt zelf zijn verwanten op de hoogte brengen of niet?

B. Vragen voor de familie/verwanten

- Hoe beleven jullie de euthanasievraag van de patiënt?
 - Is deze vraag verrassend voor jullie of eerder verwacht?
 - Is patiënt volgens jullie zelf tot deze vraag gekomen of eerder door suggestie van mensen uit de omgeving?
- Waarom vraagt patiënt volgens jullie euthanasie
 - Patiënt heeft het moeilijk met verder (lichamelijke) aftakeling, kan dit niet aan
 - Patiënt heeft schrik voor pijn
 - Patiënt wil niet afhankelijk zijn/worden van anderen
 - Patiënt wil zelf alles in handen houden, autonomie behouden
 - Patiënt wil omgeving niet belasten, wil anderen niet tot last zijn
 - ...
- Kan er volgens jullie een redelijk en voor de patiënt aanvaardbaar alternatief geboden worden?
- Heeft patiënt daar voordien met jullie (of sommigen) gesproken over euthanasie?
- Kent de familie de alternatieven die door palliatieve zorg kunnen geboden worden?
- Kunnen jullie instemmen/vrede vinden met de euthanasievraag van de patiënt?
 - Zijn daar eventueel verschillende visies over binnen de familie en/of vriendenkring? Wie heeft het er moeilijk mee? Welk verzet er zich tegen? Waarom? Waarom vinden de anderen het wel een goede oplossing?
- Zijn er jonge kinderen? Welke band heeft patiënt met deze kinderen? Hoe worden ze voorbereid en opgevangen? Wie neemt dit op zich?
- Hoe ziet de familie het afscheid (ritueel)?
 - Kan men open spreken naar de patiënt toe?
 - Zijn er zaken die besproken dienen te worden?
- Hoe wil de familie bijgestaan worden tijdens het proces en nadien?

C. Vragen voor de hulpverleners van het team

(Leidraad voor interdisciplinair overleg)

Een interdisciplinaire aanpak:

Het zou goed zijn dat de hieronder vermelde mensen minstens twee keer samen rond tafel gaan zitten om de euthanasievraag te bespreken:

- Behandelend arts
- Hoofdverpleegkundige
- Verpleging
- Palliatief support team
- Sociale dienst
- (Pastorale dienst of vertegenwoordiger van een andere geloofsovertuiging)
- (Tweede (en derde) adviserende arts)
- (Andere) Bijvoorbeeld: kiné, huisarts, thuisverpleging...

De tussen haakjes vermelde disciplines zijn facultatief voor het gezamenlijk overleg. Zo kan ik me voorstellen dat een adviserende arts omwille van objectiviteit liever buiten dit gezamenlijke overleg blijft.

Tijdens dit interdisciplinair overleg doet elk zijn verslag van de gesprekken met de patiënt en/of verwanten.

Elk lid van dit team heft voor zichzelf op voorhand een antwoord op onderstaande vragen genoteerd:

- Wat is volgens jullie de echte reden dat de patiënt euthanasie vraagt? Is er een vraag achter de vraag?
 - o Kunnen er (evenwaardige) alternatieven geboden worden?
 - o Hoe groot schat je de kans in dat de patiënt daar voor open staat?
 - o ...
- Zijn er elementen binnen de euthanasievraag waar je het persoonlijk moeilijk mee hebt?
 - o In de vraag/houding van de patiënt?
 - o In de houding van de familie/omgeving?
 - o Wat betreft contextuele factoren?
 - o Andere: ...
- Is de familie/omgeving voldoende verzoend met de vraag?
- Is er (voldoende) opvang (nadien) voorzien?