



## Vroegtijdige zorgplanning, zorg bij ernstige ziekte en het levenseinde

Informatie voor patiënten en hun naasten over o.a. 'vroegtijdige zorgplanning', 'stoppen met behandelingen', 'DNR-codering', 'palliatieve therapie', 'palliatieve zorg', 'terminale zorg', 'rouwzorg', 'wilsverklaringen', 'palliatieve sedatie', 'euthanasie',...



Sint-Maria Halle  
ALGEMEEN ZIEKENHUIS

# INHOUD

INLEIDING		3
VISIE OP MENS & ZORG		3
VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING		4
STOPPEN MET THERAPIE ALS MEDISCHE BESLISSING: CODE BEPERKING THERAPIE		5
HET DOEL VAN ZORG IN VERSCHILLENDE GEZONDHEIDSFASES		6
Curatieve therapieën en behandelingen	6	
Palliatieve therapieën en behandelingen	6	
Palliatieve zorg	7	
Terminale zorg	7	
Rouwzorg	8	
WILSVERKLARINGEN		8
Wilsverklaring voor therapiebeperving of negatieve wilsverklaring	8	
Wilsverklaring omtrent euthanasie of positieve wilsverklaring	9	
SPECIFIEKE ZORGBESLISSINGEN ROND HET LEVENSEINDE		10
Palliatieve sedatie	10	
Euthanasie	11	
Hulp bij zelfdoding	15	
Actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt	15	
SLOTWOORD		15

## INLEIDING

Wanneer iemand getroffen wordt door een ernstige aandoening, ervaart deze persoon vaak ten volle hoe waardevol een goede gezondheid is. Deze wil er dan alles aan doen om die gezondheid terug te winnen. Gelukkig beschikt de geneeskunde over veel mogelijkheden om ziekten te genezen of te stabiliseren. Maar deze mogelijkheden zijn ook niet onuitputtelijk en vroeg of laat komt men in een situatie waarbij het levenseinde in zicht komt.

Praten over ons eigen levenseinde, of dat van iemand die ons zeer genegen is, is moeilijk. Toch slagen steeds meer mensen erin dit tijdig bespreekbaar te maken. Meer dan vroeger hebben mensen vragen en wensen over hun levenseinde.

Zelfs als iemand zich in een gezonde toestand bevindt, kan deze, conform de huidige wetgeving, een wilsverklaring neerschrijven met betrekking tot een aantal levenseindebeslissingen. Vroegtijdige zorgplanning komt daardoor meer in beeld.

Maar over een aantal begrippen in de gezondheidszorg betreffende het levenseinde bestaat veel onduidelijkheid, zelfs verwarring en vaak voorkomende misverstanden.

Met deze brochure verduidelijken we een aantal termen en we kaderen deze ook binnen een ruimer geheel aan levenseindezorg en vroegtijdige zorgplanning.

Roept deze brochure vragen bij u op, aarzel dan niet om een zorgverlener hierover aan te spreken.

U kan ook bij het Palliatief Support Team van het ziekenhuis terecht via:

- 02 363 62 59 (psycholoog)
- 02 363 63 29 (verpleegkundige).

## VISIE OP MENS & ZORG

De term 'zorg' in deze brochure is niet beperkt tot lichamelijke/strikt medische zorg, maar omvat ook psychologische, sociale en spirituele domeinen van zorg. Deze visie op zorg is ontstaan binnen de palliatieve zorg en is ook het meest zichtbaar als de grenzen van de medische wetenschappen zich tonen.

Dankzij de euthanasiewet, de wet over palliatieve zorg en de wet over de rechten van de patiënt (alle drie gepubliceerd in 2002) krijgt de patiënt meer inspraak in zorgprocessen en zelfbeschikkingsrecht in België. Deze brochure wil zorgprocessen en beslissingsmogelijkheden bij zorg rond het levenseinde verhelderen zodat de patiënt weet hoe deze wetten in de zorgpraktijk verlopen.

Het AZ Sint-Maria Halle ziet als ideaal voor ethisch goede zorg dat zorgbeslissingen best in dialoog genomen worden tussen zorgverlener, patiënt en zo mogelijk en wenselijk ook met zijn naaste omgeving, zonder afbreuk te willen doen aan de bovenvermelde patiëntenrechten. Heldere, duidelijke en volledige communicatie binnen elke zorgrelatie is een voorwaarde voor warme, gepersonaliseerde zorg. Maar in de realiteit van ziek-zijn en de praktijk van zorgverlening ontbreekt het vaak aan tijd en mogelijkheden om dit steeds op ideale wijze uit te voeren. Deze brochure wil daarom, naast informatie over zorg en beslissingen bij het levenseinde, patiënten en zorgverleners aanmoedigen om ook de nodige tijd te nemen voor een heldere communicatie en voldoende aandacht te geven aan wederzijds vertrouwen in elke zorgrelatie.

## **VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING**

Vroegtijdige zorgplanning betekent dat men stilstaat bij huidige behandelingen en nadenkt over toekomstige zorg.

Voor kwalitatief hoogstaande en ethisch goede zorg is een goede communicatie en dialoog tussen zorgverlener, patiënt en zijn naaste omgeving essentieel. Omdat de realiteit van zorgverlening en de ernst van ziekte bij een acute ziekenhuisopname voldoende tijd voor dialoog en communicatie vaak bemoeilijkt, is een vroegtijdige zorgplanning belangrijk. In een vroeg stadium van ziekte of bij wijziging van levenssituatie in dialoog gaan met zorgverleners én je naasten over wat je wensen zijn als de ziekte erger wordt of je steeds afhankelijker wordt van anderen, kan helpen bij een acute opname in een ziekenhuis om sneller tot de juiste zorgbeslissingen te komen die overeenstemmen met je wensen en levensvisie.

Elk moment waarop er iets verandert in het ziekteverloop of in de ziektebeleving van de patiënt is een goed moment om tijdig deze dialoog aan te gaan en de wensen omtrent de toekomst van de patiënt te bespreken. Voorbeelden van deze scharniermomenten zijn: een nieuwe opname in het ziekenhuis, een bijkomende diagnose, een behandeling die niet meer werkt, een complicatie, een toename van klachten, een achteruitgang van de algemene toestand waarbij de patiënt moeilijker thuis kan verzorgd worden,... maar ook elke consultatie bij een huisarts.

Er kunnen dan afspraken worden gemaakt rond de huidige en toekomstige zorg, die worden genoteerd in het dossier van de patiënt. Heel wat mensen proberen deze gesprekken zo lang mogelijk uit te stellen. En dat is begrijpelijk. Maar een tijdig gesprek en afspraken hierover kan veel moeilijkheden en niet-gewenste zorgbeslissingen in acute situaties helpen voorkomen. Bovendien kan een patiënt gemaakte afspraken en genoteerde wensen nadien in dialoog met dezelfde of andere zorgverleners steeds wijzigen of intrekken naarmate de patiënt zijn gezondheidstoestand anders beleeft.

## STOPPEN MET THERAPIE ALS MEDISCHE BESLISSING: CODE BEPERKING THERAPIE

Zo vroeg mogelijk wordt bij elke ziekenhuisopname door een arts een DNR-code (van 'Do Not Reanimate' of vertaald 'Niet reanimeren') in het medisch dossier van een patiënt genoteerd. Deze code is een belangrijke leidraad voor zorgverleners die in een acute situatie, snel een zorgbeslissing moeten nemen. Het doel van deze code is om zo snel mogelijk de wensen van een patiënt te respecteren bij het nemen van een acute beslissing wanneer er geen tijd meer is voor een dialoog hierover. Dankzij deze DNR-code wordt duidelijk voor alle zorgverleners welke behandelingen niet meer gestart worden of welke behandelingen gestopt worden.

In het AZ Sint-Maria worden volgende codes voor therapiebeperking, DNR-code genoemd, gebruikt:

**Code DNR 0:** geen therapiebeperking voor de patiënt (**alle levensreddende behandelingen** worden nog gedaan/opgestart).

**Code DNR 1:** patiënt wordt **niet meer gereanimeerd**.

**Code DNR 2:** patiënt wordt **niet meer gereanimeerd en bepaalde behandelingen worden niet meer opgestart**.

**Code DNR 3:** patiënt wordt **niet meer gereanimeerd** en **bestaande behandeling wordt afgebouwd**.

Voorafgaande zorgplanning kan in belangrijke mate bijdragen tot een snelle en correcte DNR-codering die rekening houdt met de wensen van een patiënt. Heel wat andere zorgverleners en instanties zoals huisartsen en woonzorgcentra gebruiken gelijkaardige codes. Deze hebben soms andere benamingen (bijvoorbeeld A,B,C), met inhoudelijke gelijkenissen, maar ook verschillen die eigen zijn aan de andere zorgcontext.

## Aandachtspunten en misverstanden:

- Het zorgteam motiveert het advies rond de code voor therapiebeperving aan de patiënt en zijn naasten, maar legt de verantwoordelijkheid voor deze beslissing nooit op de schouders van de patiënt en zijn naaste omgeving. Deze beslissing is dus een medische beslissing.
- Het is niet noodzakelijk maar uiterst wenselijk dat de behandelende arts deze codering vooraf met de patiënt en zijn naasten bespreekt.
- Het stoppen van een nutteloos geworden behandeling, waarna de patiënt op natuurlijke wijze overlijdt, noemt men in de volksmond soms 'passieve euthanasie'. Deze term gebruikt men beter niet meer om geen verwarring te veroorzaken met de wettelijk bepaalde euthanasievraag. We spreken beter over het 'stoppen of niet starten van een medisch zinloze behandeling'.
- Het afbouwen van nutteloos geworden behandelingen/therapieën wordt door de naaste omgeving wel eens als emotioneel zeer moeilijk tot zelfs onmenselijk ervaren als er geen goede dialoog met de zorgverleners hierover plaatsvond. De realiteit is echter dat een patiënt die stervend is, vaak meer comfort kan ervaren door dit stopzetten omdat ook nadelige bijwerkingen van behandelingen en therapieën wegvallen.

## HET DOEL VAN ZORG IN VERSCHILLENDE GEZONDHEIDSFASES

Afhankelijk van de levensomstandigheden van de patiënt en zijn beleving kan het doel van bepaalde behandelingen en therapieën wijzigen. Als het gezondheidsdoel wijzigt, kan dit aanleiding geven tot het stoppen en/of starten van behandelingen. In de dialoog tussen patiënt en zorgverlener wordt gezocht naar zorg die de juiste balans zoekt tussen levensduur en levenskwaliteit.

### Curatieve therapieën en behandelingen

De patiënt krijgt behandelingen en therapieën die gericht zijn op volledige genezing en herstel.

### Palliatieve therapieën en behandelingen

De patiënt krijgt behandelingen en therapieën die gericht zijn om de gezondheidstoestand zo goed als mogelijk te stabiliseren en/of ziekteprocessen af te remmen.

Vaak gaat het over dezelfde therapieën en behandelingen die eerder curatief werden toegediend (bijvoorbeeld bestralingen, sommige vormen van chemotherapie of hormoon- en/of immunotherapieën, bepaalde chirurgische ingrepen, hemodialyse, transfusies of kunstmatige vocht- en voedseltoediening,...). Maar het doel verschuift van een volledige genezing naar het zoveel mogelijk verhogen van de levenskwaliteit. Levenskwaliteit is belangrijk, maar een langere levensverwachting is wel nog mogelijk.

## Palliatieve zorg

De patiënt krijgt geen behandelingen en therapieën meer om de ziekteprocessen af te remmen. Alle zorg die nog wordt toegediend heeft enkel het comfortabel leven en het behoud van de functionaliteiten van de patiënt voor ogen. Meer dan bij eerdere therapieën en behandelingen verschuift het accent naar comfort met aandacht voor de totale mens: niet enkel op lichamelijk vlak, maar ook op psychologisch vlak (omgaan met emoties), sociaal vlak (aandacht voor de omgeving) en spiritueel vlak (zingeving en levensvragen).

Palliatieve zorg wordt ten onrechte vaak verengd tot terminale zorg. Palliatieve zorg is ruimer en breder. Ze wordt best gestart als er nog palliatieve therapieën en behandelingen worden toegepast, bijvoorbeeld om niet in een situatie terecht te komen waar de andere dan lichamelijke zorgen amper ruimte krijgen omdat de tijdsduur tussen palliatieve behandelingen en terminale zorg drastisch kleiner geworden is.

Palliatieve zorg kan zowel aangeboden worden in het ziekenhuis, in de thuisomgeving, in een woonzorgcentrum als op een palliatieve eenheid.

## Terminale zorg

De patiënt verliest steeds meer functionaliteiten omdat de gezondheidstoestand zo sterk wijzigt dat het doel van de zorg verandert van comfortabel leven naar comfortabel sterven.

Hierbij is het noodzakelijk om alle interventies, nog meer dan anders, kritisch in voor en nadelen te overwegen. Handelingen zoals kunstmatige vocht en voedseltoediening, antibioticatoediening,... zijn vaak nutteloos geworden en zijn soms schadelijk voor de patiënt.

Het stoppen of niet starten van kunstmatige vocht en voedseltoediening vraagt goede communicatie met de patiënt en zijn naasten. Vaak wordt het overlijden van de persoon foutief gezien als een gevolg van het stoppen of niet starten ervan, in plaats van het gevolg van de ziekte. Kunstmatige vocht en voedseltoediening wordt vaak niet meer in het lichaam van een stervende verwerkt. Het gaat zich opstapelen (oedeemvorming) en dit geeft soms veel last (oedemen, kortademigheid, te veel aandacht voor techniciteit in plaats van menselijke nabijheid, ...). In onze welvaart overlijden zelden mensen omdat ze niet meer eten of drinken, maar een stervend lichaam kan het eten en drinken niet meer verwerkt krijgen waardoor het schadelijk kan worden.

## Rouwzorg

Dit is de zorg die kan geboden worden na het overlijden. De rouw van nabestaanden kan sterk bepaald worden door de manier waarop de overleden persoon zorg heeft gekregen en beleefd. Rouwzorg start al gedeeltelijk waar naasten betrokken worden in het hele zorgproces. In bepaalde omstandigheden is er gespecialiseerde rouwbegeleiding nodig en worden nabestaanden via een zorgverlener doorverwezen naar gespecialiseerde, externe zorgverlening, indien zij dit wensen.

## WILSVERKLARINGEN

Er bestaan twee wilsverklaringen: de wilsverklaring voor therapiebeperving of negatieve wilsverklaring en de wilsverklaring omtrent euthanasie of positieve wilsverklaring.

### Wilsverklaring voor therapiebeperving of negatieve wilsverklaring

Als de patiënt dat wil, kan op basis van dialoog met de zorgverlener een wilsverklaring worden opgesteld. Aangezien de patiënt altijd toestemming moet geven om een behandeling te starten, heeft deze ook het recht een behandeling te weigeren. Deze weigering kan mondeling gebeuren.

Maar dit kan ook schriftelijk vastgelegd worden in een 'voorafgaande wilsverklaring'. Deze wilsverklaring kan gebruikt worden als de patiënt in een eventuele latere situatie niet meer bewust zou zijn of zijn wil niet meer kan uiten (bijvoorbeeld bij dementie of coma).

Met dit document kan de aangeduide vertegenwoordiger die op het document vermeld staat (bijvoorbeeld partner, familielid, huisarts, vriend,...) de behandelende arts inlichten over de wensen van de patiënt.

In beide situaties (zowel de mondelinge als schriftelijke weigering voor bepaalde behandelingen) is de arts wettelijk verplicht hier rekening mee te houden.

Deze wilsverklaring wordt al eens de negatieve wilsverklaring genoemd: het woord negatief wil zeggen dat de patiënt een behandeling weigert.

Hoe wordt een 'negatieve' wilsverklaring om een behandeling te weigeren opgesteld? Voor dit soort wilsverklaring is geen wettelijk model voorhanden. De patiënt kan de wilsverklaring eigenhandig neerschrijven en hierbij een vertegenwoordiger aanduiden.



## Aandachtspunten en misverstanden:

- De patiënt stelt een negatieve wilsverklaring het beste op samen met een (huis)arts of een medische zorgverlener.
- Het is wenselijk dat de patiënt het bestaan van een negatieve wilsverklaring meedeelt aan de behandelende huisarts en specialist en dat deze artsen dit noteren in het medisch dossier.
- Als de patiënt geen vertegenwoordiger heeft aangeduid, kan de arts deze wilsverklaring nog naast zich neerleggen. Het is dus belangrijk dat een vertegenwoordiger genoteerd staat in de schriftelijke negatieve wilsverklaring.
- De wilsverklaring kan altijd ingetrokken of gewijzigd worden door de patiënt zelf.
- Voor de bewaring van dit document is de patiënt zelf verantwoordelijk.
- De patiënt laat het document best inscannen in het elektronisch dossier van zijn huisarts (en specialist) en behoudt het origineel voor zichzelf en zijn vertegenwoordiger.
- Het nemen van kopieën is toegelaten, op voorwaarde dat elke kopie ondertekend wordt.

## Wilsverklaring omtrent euthanasie of positieve wilsverklaring

Er bestaat ook een wilsverklaring voor euthanasie bij onomkeerbaar coma. Deze wilsverklaring wordt de 'positieve' wilsverklaring genoemd. Het woord 'positief' wil zeggen dat de patiënt 'iets' vraagt aan de arts 'om wel te doen'. Deze 'positieve' wilsverklaring is enkel een geldig document bij onomkeerbaar coma. Een veelvoorkomend misverstand is dat deze wilsverklaring ook in andere medische situaties dan bij onomkeerbaar coma geldt. Hierover vindt U meer informatie bij het onderdeel euthanasie (7.b.).

## SPECIFIEKE ZORGBESLISSINGEN ROND HET LEVENSEINDE

Zoals hierboven vermeld, zal bij de overgang van palliatieve zorg naar terminale zorg het doel van de zorg verschuiven van comfortabel leven naar comfortabel sterven. In bepaalde gevallen, waarbij ondanks alle beschikbare zorg toch ondraaglijk lijden voor de patiënt blijft bestaan, kan een palliatieve sedatie een oplossing bieden. De patiënt kan ook vragen om euthanasie.

### Palliatieve sedatie

Palliatieve sedatie is het toedienen van een geneesmiddel, waardoor het bewustzijn van de patiënt zodanig wordt verminderd dat de pijn of het lijden niet meer gevoeld wordt.

Uitzonderlijk (bij minder dan twee procent van de patiënten) is het lijden van de terminale persoon zo groot dat de standaard palliatieve zorg dit onvoldoende kan verlichten. Op vraag van de patiënt kan een 'palliatieve sedatie' overwogen worden. De patiënt wordt tijdelijk of continu in een oppervlakkige of diepe slaap gehouden. In situaties waar dialoog niet meer mogelijk is tussen patiënt en zorgverlener, kan de behandelende arts autonoom beslissen om palliatieve sedatie op te starten.

Voor de palliatieve sedatie wordt opgestart, zal de behandelende arts zoveel als mogelijk (en gewenst door de patiënt) in dialoog gaan met de patiënt en zijn naaste omgeving. Dit vinden we belangrijk vanuit onze visie op de mens en de ethisch goede zorg in het AZ Sint-Maria (zie punt 2. in deze brochure).

Belangrijk is dat alle betrokkenen goed ingelicht zijn over de gevolgen van palliatieve sedatie en over de redenen waarom een arts deze zorgbeslissing voorstelt.

### Aandachtspunten en misverstanden:

- Palliatieve sedatie wordt enkel gestart als het sterven in zicht is, wat wil zeggen dat het sterven binnen ongeveer een tot twee weken kan worden verwacht.
- Palliatieve sedatie heeft niet de intentie de dood te veroorzaken, noch het sterven te versnellen of te vertragen. Hierdoor kan het tijdstip van overlijden gaan van enkele uren tot meerdere dagen.
- Door de evolutie van de ziekte of door het stoppen van de eventueel medisch nutteloos geworden behandelingen, zal op een bepaald ogenblik de patiënt niet meer wakker worden en op natuurlijke wijze overlijden. Daarom is het nodig dat er vooraf ruimte wordt aangeboden om afscheid te nemen op gepaste wijze volgens de voorkeuren van de patiënt (eventueel met een ziekenzegening of zalving, een ritueel of reflectiemoment).
- Bij de sedatie vraagt het soms tijd om de juiste dosis te zoeken zodat de patiënt voldoende diep slaapt.

## Euthanasie

Euthanasie is het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een arts op duurzaam verzoek van de patiënt die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. Hierbij worden middelen toegediend, waardoor de patiënt vrijwel onmiddellijk na de toediening van deze middelen overlijdt. Sinds 2002 is euthanasie in België onder bepaalde voorwaarden wettelijk toegelaten. Elke arts heeft het recht hier wel of niet op in te gaan.

### **Een arts, die euthanasie uitvoert, pleegt geen misdrijf, als aan volgende wettelijke voorwaarden voldaan is:**

- De patiënt is meerderjarig, of ontvoogd minderjarig, handelingsbekwaam en bewust op het moment van de vraag (sinds 28 februari 2014 is de euthanasiewet uitgebreid naar niet ontvoogde minderjarigen).
- Het verzoek tot euthanasie is vrijwillig, overwogen en herhaald, niet tot stand gekomen als gevolg van externe druk. De patiënt moet de vraag herhaaldelijk stellen aan de arts. Er moeten dus meerdere gesprekken zijn tussen arts en patiënt, gespreid over een redelijke tijd.
- De patiënt bevindt zich in een medisch uitzichtloze situatie. Hij heeft een ondraaglijk lichamelijk of psychisch lijden dat niet kan verholpen worden en dat het gevolg is van een ongeneeslijke aandoening.
- De arts moet de mogelijkheden van palliatieve zorg bespreken met de patiënt.
- Een tweede arts moet de patiënt onderzoeken en tot de conclusie komen dat de toestand uitzichtloos is en voldoet aan de wettelijke criteria. Deze arts is onafhankelijk zowel van de patiënt als van de behandelende arts. Deze arts deelt zijn bevindingen schriftelijk mee aan de behandelende arts. Dit document maakt ook deel uit van het medisch dossier.
- Als er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, moet de behandelende arts het verzoek van de patiënt bespreken met dit team.
- Alleen als de patiënt dit wenst, moet de arts dit bespreken met zijn familie.
- Het euthanasieverzoek gebeurt schriftelijk en moet gedateerd en ondertekend worden door de patiënt of indien de patiënt hier niet toe in staat is door een ander persoon (zie verder).
- De dood als gevolg van een euthanasie wordt beschouwd als een natuurlijke dood.
- Let op: geen enkele arts kan verplicht worden om euthanasie toe te passen. Deze moet dit wel tijdig meedelen aan de patiënt zodat de patiënt eventueel een andere arts kan zoeken.

- Een arts die euthanasie uitvoert, moet binnen de vier dagen het registratieformulier invullen en opsturen naar de federale evaluatiecommissie.

De patiënt, met betrekking tot een euthanasieverzoek, kan zich volgens de Belgische wet in de volgende drie situaties bevinden:

### **Situatie 1: Als terminale patiënt**

- Onder 'terminaal' verstaat men dat de persoon binnen 'afzienbare tijd' ondanks de mogelijke medische tussenkomsten, verwacht wordt te zullen overlijden.
- Een patiënt die om euthanasie verzoekt en beantwoordt aan de wettelijke voorwaarden, moet herhaalde gesprekken hierover voeren met de arts van diens keuze en het verzoek neerschrijven.

### **Hoe wordt een verzoek tot euthanasie opgesteld?**

- Als de patiënt in staat is om het verzoek zelf te schrijven.

Bijvoorbeeld:

'Ik, (voornaam en naam), wens dat er op mij euthanasie wordt toegepast.

Datum (dag dat het verzoek werd geschreven)                      Handtekening  
(naam, datum en handtekening van de patiënt moeten goed leesbaar zijn)

- Als de patiënt niet meer in staat is om te schrijven, kan iemand anders dit in diens naam doen.

Bijvoorbeeld:

(Voornaam en naam) wenst dat er euthanasie op haar/hem wordt toegepast. Hij/zij is goed bewust, maar niet in staat om dit zelf te schrijven wegens (aard van de aandoening).

Dit verzoek wordt geschreven door (voornaam en naam – geen erfgenaam), in aanwezigheid van de behandelende arts, dr. (voornaam en naam).

Datum (dag dat het verzoek werd geschreven)                      Handtekening

- Een tweede arts zal de patiënt bevragen, onderzoeken en oordelen of aan alle wettelijke voorwaarden voldaan is.

Deze tweede arts maakt hiervan een verslag dat meegedeeld wordt aan de behandelende arts. Deze laatste bespreekt dit advies met de patiënt.

## Situatie 2: Als niet-terminale patiënt

- Als de arts van oordeel is dat de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, spreekt men van een nietterminale situatie.
- Een patiënt die zich in deze situatie bevindt en toch euthanasie wenst, moet (na het vervullen van alle wettelijke voorwaarden) een schriftelijk verzoek opstellen (zie situatie 1). Daarna moet deze minstens één maand wachten voor de arts een euthanasie mag uitvoeren.
- In de tussentijd moet alles gedaan worden om het comfort van de patiënt te verbeteren. Voorts worden de onderliggende redenen en noden verkend, wordt er bekeken of euthanasie wel het enige en beste antwoord is op die noden en worden de mogelijke alternatieven (bijvoorbeeld palliatieve comfortzorg) grondig besproken. Na deze periode moet ook blijken of de euthanasievraag stabiel is gebleven.
- Er wordt in dit geval, naast de tweede arts ook een derde arts (die psychiater is of specialist in de aandoening van de patiënt) om een consult gevraagd.

## Situatie 3: In het bezit van een voorafgaande wilsverklaring met betrekking tot euthanasie

- De euthanasiewet voorziet de mogelijkheid om de vraag naar euthanasie nu neer te schrijven voor het geval men zich later in een 'onomkeerbaar' coma zou bevinden.

Hoe wordt een voorafgaande wilsverklaring met betrekking tot euthanasie opgesteld?

- Hiervoor bestaat een wettelijk formulier dat moet ingevuld worden. Als het formulier na april 2020 is aangemaakt, is het onbeperkt geldig. Als het dateert van voor april 2020 wordt het best vernieuwd.
- Het formulier wordt ingevuld in het bijzijn van twee getuigen waarvan tenminste één persoon geen erfgenaam is of geen materieel belang heeft bij het overlijden van de persoon. De getuigen stellen louter vast dat de wilsverklaring is opgemaakt zonder externe druk.
- Er wordt een vertrouwenspersoon in het kader van euthanasie bij onomkeerbaar coma aangeduid, die de wilsverklaring desgevallend overhandigt aan de verantwoordelijke arts. De arts kan ingaan op dit verzoek, maar kan ook niet ingaan op dit verzoek omwille van persoonlijke morele of ethische bezwaren.
- De arts die euthanasie toepast op basis van een wilsverklaring moet zich ook aan de wettelijke voorwaarden houden.

## Aandachtspunten en misverstanden:

- Wensen rond het levenseinde vragen zeer zorgvuldige gesprekken met de behandelende arts. Start dit gesprek tijdig met uw arts (dit kan een huisarts en/of een specialist zijn).
- Een euthanasievraag stellen is een recht, een euthanasie-uitvoering krijgen is geen recht.
- Het is daarom aan te raden om hier op voorhand met uw arts over te praten. Zo kent u ook zijn standpunt en kan u indien nodig - tijdig een andere arts raadplegen, die eventueel wél op het verzoek wil ingaan.
- Bijvoorbeeld als een arts zegt: "Ik zal u helpen als het nodig is", vraag dan expliciet wat 'helpen' voor deze arts betekent. Informeer ook wat hij bedoelt met: 'Als het nodig is'. Het kan altijd gebeuren dat u niet op dezelfde golflengte zit. Zo voorkomt u misverstanden in een later stadium.
- Vaak wordt gedacht dat 'alles in orde is' als 'de papieren' (zoals het verzoek tot euthanasie en de wilsverklaring) in orde zijn. Het belangrijkste item, namelijk 'heb ik een arts die mijn vraag ten gepaste tijde tot uitvoering zal/wil/kan brengen?', wordt al eens vergeten.
- Een arts is ook nooit verplicht om een euthanasie uit te voeren op een onomkeerbaar comateuze patiënt op basis van een wilsverklaring.
- Een euthanasieprocedure (van euthanasieverzoek tot uitvoering) kan geruime tijd duren en moet met de uiterste zorg gevolgd worden. Een euthanasie wordt dus nooit dringend uitgevoerd. De patiënt moet zijn verzoek meerdere keren bespreken, over een 'redelijke tijd' gespreid. En er moet minstens een tweede arts geraadpleegd worden.
- Een wilsverklaring wordt dus altijd lang op voorhand opgesteld, een verzoek tot euthanasie wordt opgesteld als de euthanasie een actuele vraag wordt en eventuele uitvoering in zicht komt.
- Een wilsverklaring rond euthanasie dient voor mensen die in een langdurig, onomkeerbaar coma zijn en dus niet voor terminale patiënten die in de laatste dagen van hun leven op natuurlijke of kunstmatige wijze in een toestand van bewusteloosheid geraken.
- Een euthanasieverzoek gebeurt tussen de patiënt en zijn arts. Wettelijk gezien moet dit niet besproken worden met de familie of naasten. In de praktijk is het echter raadzaam dat de familie en naasten worden betrokken, zeker als de patiënt nauwe banden met hen heeft. Sterven is een persoonlijk gebeuren, maar ook een relationeel gebeuren: de familie die achterblijft moet op een gezonde manier kunnen afscheid nemen en rouwen. De zorgvuldigheid vereist dus dat hier ook ruimte wordt aangeboden voor afstemming en zorg voor de naaste betrokkenen.

- Een euthanasieverzoek en een wilsverklaring rond euthanasie kunnen altijd worden ingetrokken door de patiënt.

## Hulp bij zelfdoding

Hierbij dient de patiënt onder begeleiding zichzelf dodelijke medicatie toe. Dit is wettelijk niet geregeld in België. De zorgverlener is wettelijk niet beschermd. In tegenstelling tot palliatieve sedatie en euthanasie, hoort hulp bij zelfdoding niet thuis in een professionele zorgomgeving zoals het AZ Sint-Maria.

## Actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt

Het met voorbedachte rade toedienen van levens verkortende middelen, ook het ongeproportioneerd opdrijven van pijnstillers en bewustzijns verlagende middelen, met de bedoeling het leven te verkorten of te beëindigen, zonder verzoek van de patiënt en zonder dit te bespreken met de patiënt is niet wettelijk en kan dus leiden tot gerechtelijke vervolging. In tegenstelling tot palliatieve sedatie en euthanasie, hoort actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt niet thuis in een professionele zorgomgeving zoals het AZ Sint-Maria.

## SLOTWOORD

Een beslissing nemen rond het levenseinde blijft een moeilijke opdracht voor zowel de patiënt, zijn familie, de arts en het hele zorgteam. Daar heeft het AZ Sint-Maria alle begrip voor en dat is ook de reden waarom we u met deze folder zo goed mogelijk willen informeren.

Want als er vroegtijdige dialoog is geweest over de wensen van de patiënt, dan kunnen in kritieke, terminale momenten geïnformeerde beslissingen genomen worden met zo weinig mogelijk crisissen en misverstanden. Er is dan meer ruimte voor het afscheid en sereen afronden van het leven. En daar heeft iedereen ook recht op.

Op die manier krijgen ook de arts en het hele team de kans om rekening te houden met de verwachtingen van de patiënt en zijn naaste omgeving en dit met één belangrijk doel: een betere begeleiding tijdens een van de belangrijkste momenten van ieders leven.

Hebt u toch nog vragen? De medewerkers van het AZ Sint-Maria helpen je graag verder. Aarzel dus niet om het Palliatief Support Team van het ziekenhuis te contacteren via:

- 02 363 62 59 (psycholoog)
- 02 363 63 29 (verpleegkundige)

Meer informatie over dit vindt u ook op:

- [www.forumpalliatievezorg.be](http://www.forumpalliatievezorg.be)
- [www.leif.be](http://www.leif.be)
- [www.delaatstereis.be](http://www.delaatstereis.be)
- [palliatievezorgvlaanderen.be](http://palliatievezorgvlaanderen.be)



**Sint-Maria Halle**  
ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw

ond. nr. 0467.967.491

Ziekenhuislaan 100 | 1500 Halle

tel. +32 (0)2 368 12 11 | fax +32 (0)2 363 12 10

[www.sintmaria.be](http://www.sintmaria.be)