

## ZORG ROND HET LEVENSEINDE in het woonzorgcentrum

---

In onze organisaties hebben de medewerkers intens gewerkt aan een algemene zorgvisie vanuit een christelijke identiteit. In de loop van de voorbije jaren formuleerden de directie en de raad van bestuur een beleidsvisie over palliatieve zorg en euthanasie binnen de woonzorgcentra van de groep 'Wonen met zorg'. In opdracht van de raad van bestuur werd binnen het ethisch forum gewerkt aan een integrale visie omtrent de zorg rond het levenseinde, waarbinnen reeds bestaande en recent ontwikkelde nota's in één globaal geheel zijn verwerkt.

We hebben het achtereenvolgens over:

1. Basisprincipes
  - 1.1. Zorg om het welzijn van de bewoner
  - 1.2. Respect voor de autonomie
  - 1.3. Recht op inspraak of 'patiëntenrecht'
  - 1.4. Aandacht voor ethische besluitvorming binnen de zorg
2. Vroegtijdige zorgplanning
3. Palliatieve zorg
4. Palliatieve sedatie
  - 4.1. Definitie
  - 4.2. Wettelijk kader
  - 4.3. De praktijk
5. Euthanasie
6. Verschil palliatieve sedatie en euthanasie
7. Zorg aan de overledene en de nabestaande
8. Tot slot

### 1. Basisprincipes

---

#### 1.1. Zorg om het welzijn van de bewoner

Elke stap in de zorg is gericht op het algemeen welzijn van de bewoner in het bijzonder, maar met de nodige aandacht voor zijn onmiddellijke omgeving en zijn familie.

We streven ernaar om elke bewoner in zijn waardigheid te benaderen. We hebben oog voor zijn voorgeschiedenis en willen hem maximaal comfort bieden in de steeds toenemende beperkingen en afhankelijkheid, rekening houdend met zijn eigen wensen.

Dit geldt gedurende de gehele verblijfsperiode en zeker ook tijdens de laatste levensfase en het stervensproces. Vanuit onze christelijke visie willen we de nadruk leggen op de menswaardigheid van het stervensproces.

Onze zorg is geïnspireerd door een fundamenteel respect voor de menselijke persoon waarbij wij de autonomie en de rechten van elke bewoner voorop zetten

#### 1.2. Respect voor 'autonomie in verbondenheid'

Wij waarderen de bewoner als een verantwoordelijke persoon. De waarde van een mens bestaat er onder meer in dat hij of zij in principe in staat is bewust en vrij te kiezen en te handelen. Dit heeft consequenties naar de informatie die wij (arts en team) de bewoner (en de familie) bezorgen in verband met gezondheidstoestand, prognose, mogelijkheden en beperkingen van behandeling en zorg.

In die autonomie krijgt ook de sociale context van de bewoner grote aandacht. Een mens is immers ten diepste "relatie". Zijn verwachtingen en verlangens kunnen slechts begrepen worden vanuit zijn verbondenheid met zijn naasten.

#### 1.3. Recht op inspraak of 'patiëntenrecht'

Op diverse domeinen geven we de bewoner 'een stem' in wat met en rondom hem te gebeuren staat in het leven in het woonzorgcentrum.

In de loop van de laatste decennia zijn de medische kennis en technische mogelijkheden er sterk op vooruit gegaan. De levensduur en de levenskwaliteit zijn aanzienlijk verbeterd.

Er is helaas een keerzijde aan die medaille. Veel mensen zijn langer afhankelijk en zorgbehoevend en langer chronisch ziek. De bewoners in onze woonzorgcentra zijn zeer fragiel. Deze kwetsbaarheid uit zich ook op ethisch vlak.

Ouderen beleven een medische ingreep of een behandeling of een opname in het ziekenhuis niet altijd als zinvol of wenselijk.

We streven dan ook naar een kwaliteitsvolle zorg waar ook rekening gehouden wordt met de wensen van de bewoner.

Wanneer een behandeling of een opname in het ziekenhuis zich opdringt, gaan we steeds in een begrijpbare taal in overleg met de bewoner of zijn vertegenwoordiger of zijn familie om dit te bespreken. Het respect voor de patiëntenrechten is fundamenteel in ons doen en laten in de zorg.

Een zorgvuldig opgesteld en gehanteerd bewonersdossier garandeert continuïteit van zorgen en bevat alle nodige documenten. De ziekenhuisfiche (als onderdeel van het bewonersdossier) geeft alle informatie om de zorg die de bewoner nodig heeft ook verder te zetten, wanneer een opname in het ziekenhuis zich toch aandient.

Wanneer een bewoner weigert zich nog te laten behandelen in het ziekenhuis zullen we in de mate van het mogelijke ook die wens inwilligen.

Tijdens gebruikersraden en familiebijeenkomsten kunnen bewoners hun bevindingen of wensen over het wonen, de zorg en het leven in het woonzorgcentrum aangeven. Ook hier behartigen wij die individuele klachten en opmerkingen.

Een bewoner kan een wettelijke vertegenwoordiger aanduiden die beslissingen neemt, bij voorkeur op basis van een uitgeschreven wilsverklaring, wanneer hij zelf niet meer in de mogelijkheid is om zijn wil of wensen kenbaar te maken.

Het overleg zal dan gebeuren met de aangeduide vertegenwoordiger en/of de familie. Op die manier is de bewoner ervan verzekerd dat zijn wensen zullen nageleefd en uitgevoerd worden met respect voor zijn (patiënten)rechten.

#### **1.4. Aandacht voor ethische besluitvorming binnen de zorg**

Een kwaliteitsvolle en menswaardige benadering in de laatste levensfase en het stervensproces impliceert een ethische besluitvorming met betrekking tot (be)handelingen en zorg bij het levenseinde.

Elke stap die nog dient genomen te worden zal kritisch overwogen worden zoals de zinvolheid van een ziekenhuisopname, reanimatie, starten medicatie (b.v. antibiotica), kunstmatige vocht- en voedseltoediening, ... Het gebruik van een wilsverklaring of een beperkingsformulier, opgesteld in overleg met de bewoner, zijn naasten, de behandelende arts, het zorgteam en de paramedici kan hierbij een hulp zijn.

Het overleg binnen een tijdelijke of permanente ethische commissie kan eveneens een zinvolle bijdrage vormen. Reflectie aan de hand van casussen kan richtinggevend zijn voor besluiten bij toekomstige moeilijke zorg- en behandelkeuzes.

## **2. Vroegtijdige zorgplanning**

---

Vroegtijdige zorgplanning (bij voorkeur al opgestart in de thuissituatie met o.a. de huisarts) is een proces dat we verder afleggen samen met de bewoner (en/of zijn familie) om tot op het laatste moment van zijn leven rekening te kunnen houden met zijn persoonlijke wensen.

Vroegtijdige zorgplanning voorziet dat we kort na de verhuis in het woonzorgcentrum met de bewoner praten over zijn wensen en verwachtingen (visie) op het leven en het wonen in zijn nieuwe thuis. Wij peilen naar zijn verwachtingen over de zorg die we kunnen bieden gedurende zijn verblijf en dit tot het levenseinde. Dit gesprek verloopt vaak in stappen en de bewoner bepaalt zelf of er iemand van de familie of de aangeduide vertegenwoordiger bijkomend aanwezig is.

Om de zorg voor de bewoner zo goed mogelijk af te stemmen op zijn noden en verlangens is het wenselijk dat hij vooraf geïnformeerd is over zijn diagnose en prognose.

Vroegtijdige zorgplanning is een permanent communicatieproces, waarbij de huisarts en de medewerkers gevoelig zijn en blijven voor signalen die de bewoner geeft met betrekking tot zijn wensen, zijn noden en voorkeuren. Op die manier kan hij de regie van zijn leven zo lang mogelijk in eigen handen houden.

Ook in de laatste levensfase kan men de best mogelijke zorg geven die afgestemd is op de wil van de bewoner, zelfs al kan hij op dat moment niet meer zelf beslissen of zijn wil uiten.

Dit voorkomt onnodig lijden voor de bewoner en het zal de zorg optimaliseren.

Duidelijke communicatie en goed geregistreerde afspraken in het bewonersdossier kunnen ervoor zorgen dat op het einde van het leven zwaar emotionele discussies overbodig worden en dat er sereen met het levenseinde kan

omgegaan worden volgens de wens van de bewoner, ook al is hij wilsonbekwaam of verkeert hij in een acute situatie waar overleg niet meer mogelijk is.

De bewoner kan zijn wensen laten registreren in een schriftelijk document, de wilsverklaring. Dit document (indien nog niet opgesteld in de thuissituatie) kan ook opgesteld worden naar aanleiding van een multidisciplinair overleg in aanwezigheid van bewoner (en familie), huisarts en teamleden. (cf. model ontwikkeld binnen de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen) Op die manier garanderen we dat de visie van de bewoner rond zorgaspecten primeert op eventuele interpretaties van familie, het zorgteam of de arts.

In het woonzorgcentrum verblijven veel bewoners met dementie. Ook bij deze bewoners is het zinvol om een wilsverklaring op te maken. Ook hier zijn gesprekken in het licht van 'vroegtijdige zorgplanning' nog zinvol. Bewoners met een beginnende dementie kunnen nog aangeven wat ze graag willen. Als een bewoner wilsonbekwaam is, spreekt de vertegenwoordiger in zijn plaats (de wettelijke vertegenwoordiger of een familielid volgens een wettelijk bepaalde volgorde).

Bij belangrijke beslissingen kan de druk erg groot zijn voor de 'vertegenwoordiger'. Dit geldt zeker wanneer hij geconfronteerd wordt met het gevoel te moeten vechten voor de juiste behandelbeslissing of wanneer een ingreep zware gevolgen heeft op het verdere leven van de bewoner. Door op voorhand met de vertegenwoordiger en de familie gesprekken te voeren over welke ingrepen nog wel of niet moeten gebeuren, kunnen we vanuit het levensverhaal van de bewoner, vanuit zijn nagestreefde waarden en doelen, een beeld hebben van zijn wens naar het levenseinde. Dergelijke gesprekken met de vertegenwoordiger en de familie (met verslag in het bewonersdossier) zijn zeer zinvol.

### **3. Palliatieve zorg**

---

Binnen het complexe gebeuren van het levenseinde en het stervensproces willen we de palliatieve zorg prioritair aandacht geven. Dit draagt bij tot een menswaardig sterven.

Sterven is een normaal en natuurlijk proces en maakt deel uit van het leven. De zorg in de laatste levensfase ligt in het verlengde van de warme zorg die wij aan alle bewoners willen geven. De palliatieve zorg is erop gericht het lijden te verlichten via pijn- en symptoombestrijding. Bijwerkingen en ongemakken ten gevolge van een behandeling worden tot het minimum beperkt.

Wij willen de dood niet uitstellen, noch versnellen. Comfort verhogen en pijn verlichten worden belangrijker dan het verlengen van de levensduur.

Onze palliatieve zorg moet *holistisch* zijn, met deskundige en warme aandacht voor de oudere mens in al zijn levensaspecten: lichaam en emoties, relaties en zingeving.

De bewoner en zijn naasten worden zoveel mogelijk betrokken in de zorgverlening, zij worden ondersteund in het omgaan met de ziek(t)e en zij worden begeleid in het maken van keuzes. Wij willen hospitalisatie beperken tot het hoogst noodzakelijke en streven ernaar dat de oudere binnen zijn vertrouwde omgeving van het woonzorgcentrum kan blijven tot het einde. Hier zijn wij gastvrij en bieden ondersteuning aan de naasten die willen waken bij hun geliefde. Wij laten hen ook een stukje thuiskomen en geven hen de kans om afscheid te nemen op hun tempo.

Deskundig verleende palliatieve zorg, waarbij (ook ondraaglijke) pijn wordt verzacht en integrale zorg wordt geboden, probeert - niettegenstaande de beperkte levensperiode - kwaliteit te geven aan de dagen en voorkomt vaak de vraag om euthanasie.

Wij willen de palliatieve deskundigheid (kennis, vaardigheden en attitudes) van de medewerkers blijvend verbeteren. Hiervoor beschikken we over een palliatieve werkgroep, enkele palliatief geschoolde medewerkers, verschillende vormingsinitiatieven en de bewonersbesprekingen.

In het palliatief dossier kunnen we de belangrijke gegevens in dat verband noteren en nalezen.

Elke organisatie kan een beroep doen op de thuiszorgequipe van het netwerk Palliatieve Zorg. Zij kunnen ondersteuning geven in de directe zorg en naar de samenwerking.

De coördinerend en raadgevende arts (CRA) kan advies geven of mee onderhandelen met de huisartsen en de hoofdverpleegkundigen over individuele casussen. Hij helpt en denkt mee over de beleidslijnen waar het woonzorgcentrum wil voor staan.

Elke palliatieve situatie wordt besproken en geëvalueerd binnen de palliatieve werkgroep.

## 4. Palliatieve sedatie

---

Bewoners en omgeving begeleiden in de laatste afscheidsfase is voor alle betrokkenen een zeer ingrijpend gebeuren.

Ook palliatieve sedatie geven we een plaats in onze aanpak van palliatieve/terminale zorg.

We worden steeds meer geconfronteerd met de bewoner die expliciet vraagt om niet meer naar het ziekenhuis overgebracht te worden, wanneer hij in een terminale fase komt. Hij wil in alle rust sterven in zijn vertrouwde woon- en leefomgeving, omringd door familie.

Aan die verwachting willen wij tegemoetkomen (cf. patiëntenrecht), maar dit vraagt een visie als onderbouw, een doordachte praktijk en (gestaag opgebouwde) competenties en expertise van onze medewerkers.

In een palliatieve/terminale fase moeten we belangrijke beslissingen nemen, bv. geven we (nog) kunstmatig vocht en voeding of niet, welke therapeutische winst is (nog) mogelijk en wenselijk, hoe kunnen we comfort bewerken, ook voor de naasten?

De antwoorden die we geven, zijn erg bepalend voor de levenskwaliteit van de betrokken oudere.

'Palliatieve sedatie' impliceert meer dan bij pijnbestrijding en andere comfortmaatregelen keuzes die niet neutraal zijn.

De bewoner vertoont soms symptomen die erg oncomfortabel kunnen zijn. De familie heeft het moeilijk om dit mee te maken. Deze symptomen onder controle krijgen en zorgen voor het best mogelijke comfort is waar wij samen willen naar zoeken vanuit de eerbied voor het stervensproces en het afscheid nemen.

### 4.1. Palliatieve sedatie: definitie

Palliatieve sedatie betekent dat een terminale bewoner medicatie krijgt om zijn bewustzijn te verlagen en dit zoveel als nodig om één of meer weerbarstige ('refractaire') symptomen onder controle te krijgen.

Deze refractaire symptomen zijn ziekteverschijnselen die zowel van fysieke (braken, kortademigheid, pijn, zware geurhinder, verstikkingsgevoel, ...), psychische (angst, onrust, ...) als existentiële (zinloosheid, ondraaglijkheid, ...) aard kunnen zijn en die met de gebruikelijke medicatie en ondersteuning niet meer te bestrijden zijn.

Welke en hoeveel medicatie toegediend wordt, is afhankelijk van de noden van de bewoner. Soms volstaat een lichte vermindering van het bewustzijn - de bewoner voelt zich slaperig - en er is nog communicatie mogelijk. In andere situaties is diepe sedatie nodig - de bewoner wordt in slaap gebracht - om het lijden weg te nemen. In samenspraak met de bewoner wordt de bewustzijnsverlaging met tussenpozen gegeven ('intermittent') of aanhoudend ('continu').

Op deze manier krijgt de bewoner zowel lichamelijk als geestelijk rust. Ook de omgeving (naasten en zorgverleners) kan in sereniteit het afscheid beleven.

Palliatieve sedatie is dus geen euthanasie; ze is een doorgedreven vorm van symptoombestrijding en beoogt comfort en geen levensbeëindiging.

Het is goed om ook deze mogelijkheid vroegtijdig te bespreken (cf. vroegtijdige zorgplanning).

### 4.2. Wettelijk kader voor palliatieve sedatie

Voor de toepassing van palliatieve sedatie is er, in tegenstelling tot de praktijk van euthanasie, geen expliciet wettelijk kader. Palliatieve sedatie toedienen is een praktijk van het normaal medisch handelen (symptoombestrijding).

We kunnen dan ook verwijzen naar de algemene wetgeving over het 'normaal medisch handelen' in de WUG 1967, de Wet Palliatieve Zorg (2002) en de Wet Patiëntenrechten (2002).

### 4.3. De praktijk van palliatieve sedatie

*Hoe verloopt continue palliatieve sedatie?*

De arts bepaalt de juiste samenstelling en de dosering van de medicatie. Hij is aanwezig bij de opstart van de behandeling en volgt deze dagelijks op (belang van 'palliatief statuut'). De medicatie wordt pijnloos via een naald door een pompje toegediend. De arts past de dosis aan wanneer de bewoner nog tekenen van ongemak vertoont. De arts stemt zijn behandeling af op de bevindingen van het zorgteam en de omgeving om een optimale behandeling mogelijk te maken.

Bij palliatieve sedatie verkeert de bewoner in zijn laatste levensdagen. Hij eet en drinkt weinig of helemaal niet meer. Het is doorgaans niet zinvol om kunstmatig vocht toe te dienen, het lichaam vraagt er niet meer om. Het zou integendeel ongemak verhogen en het sterven soms nodeloos verlengen.

Soms is het nodig om een sonde te plaatsen om onrust als gevolg van een volle urineblaas te voorkomen.

In de periode tussen de beslissing tot sedatie en de start ervan kunnen de bewoner, de familie en de omgeving afscheid nemen.

Palliatieve sedatie duurt meestal enkele dagen, uitzonderlijk één of twee weken. Voor de omgeving kan dit een moeilijke, maar zinvolle tijd zijn.

Er blijft speciale aandacht voor algeheel comfort: zachte zorg, regelmatige mondzorg, houding in bed, rustige omgeving, aanwezigheid van naasten, muziek, aromatherapie, ....

#### *Vanuit het oogpunt van de bewoner*

- Palliatieve sedatie komt tot stand na gezamenlijk exploreren, bij voorkeur in overleg met de bewoner, zijn familie en het team.
- De beslissing ligt niet op voorhand vast.
- Wilsbekwame bewoners kunnen hun toestemming geven nadat ze maximaal en volledig ingelicht zijn over het gebeuren.
- Bij wilsonbekwame bewoners kan de 'wettelijke vertegenwoordiger' mee beslissen.
- Bij kritieke en onverwachte situaties is geen toestemming vereist.

#### *Vanuit het oogpunt van de naaste (familie)*

- Zij worden betrokken bij de besluitvorming, maar hebben geen eindverantwoordelijkheid.
- Zij worden door de huisarts ook maximaal geïnformeerd (bv. tijdens een zorgoverleg) en zij worden betrokken bij de voorbereidingen. Er wordt vaak meer tijd bespaard door vooraf meer tijd te investeren in het informeren dan wanneer er achteraf onduidelijkheden moeten rechtgezet worden. Wanneer het duidelijk is dat de bewoner zich reeds in de stervensfase bevindt zal de angst voor levensverkorting een stuk weg zijn.
- Bij het toedienen van palliatieve sedatie ervaren de naasten dat er alles aan gedaan wordt om hun geliefde niet te laten afzien.
- Zij hebben nood aan maximale begeleiding bij het afscheid nemen. De duur van de sedatie is vaak onvoorspelbaar (het kan snel gaan, maar ook langer duren dan gedacht – elke individuele situatie is anders en kent zijn eigen wetmatigheden).

#### *Vanuit het oogpunt van de hulpverlener*

- Bij de voorbereiding en uitvoering van palliatieve sedatie is er altijd een multidisciplinaire samenwerking wenselijk.
- De besluitvorming is geen momentopname, maar komt er na grondige medische en verpleegkundige observaties en rapportages. Het is altijd gestoeld op een traject van palliatieve benadering en geeft aan dat er zorgvuldig nagedacht is over de zorgvisie in het WZC
- Voor de arts betekent het toedienen van palliatieve sedatie dat hij comfort bewerkt bij én de bewoner die zich in een uitzichtloze situatie bevindt én de omgeving. Het vraagt een aparte deskundigheid en bereidheid om te leren van ervaren artsen of bijkomende informatie in te winnen bij het netwerk 'palliatieve zorg'.
- De arts heeft uiteindelijk de eindverantwoordelijkheid. Bij de opstart is de arts aanwezig, voor de opvolging moet hij kunnen rekenen op een goed (verpleegkundig) team.
- Voor de verpleegkundigen en teamleden is de periode van palliatieve sedatie intens. Er is het technische aspect van de medicatie, de zorg (meestal) voor een bewoner in een kunstmatige slaap en de intensere begeleiding van de naasten..
- Alle medewerkers die betrokken zijn op de zorg worden ingelicht wanneer een bewoner terminaal is. Zij respecteren het beroepsgeheim of de discretieplicht .
- De psychische en existentiële ondersteuning van medebewoners moet een aandachtspunt zijn binnen het team.
- Een goede verslaggeving van het proces is noodzakelijk.
- Een goede psychologische zorg (omkadering) voor de hulpverlener is een ware ondersteuning bij dit ingrijpend proces. Dat is ook nodig om te kunnen omgaan met de druk en om te kunnen instaan voor de nazorg (voor de omgeving van de bewoner).

#### Besluit:

De mogelijkheid tot 'palliatieve sedatie' vraagt van arts en team een bijkomende deskundigheid, zowel technisch als menselijk. Een zorgvuldig proces om tot een besluit te komen met alle betrokkenen (bewoner, familie, team en arts) is de beste voorbereiding tot een kwaliteitsvolle afscheidperiode voor bewoner en omgeving.

Nabespreking en evaluatie kunnen een houvast bieden bij een nieuwe situatie waarbij voor de bewoner in een terminale fase op geen andere manier nog comfort kan geboden worden dan door toediening van palliatieve sedatie.

## 5. Euthanasie

Wanneer wij autonomie en het recht op inspraak van de bewoner vooropstellen, dan impliceert dit ook dat zijn vraag naar euthanasie een plaats krijgt in de totaalzorg en in onze organisaties.

Wij zijn ervan overtuigd dat een zorgverlening die bovenstaande opties probeert waar te maken, de vraag naar euthanasie kan beperken.

In veel situaties verdwijnt de euthanasievraag als mensen op een menswaardige wijze kunnen en mogen sterven.

De toepassing van euthanasie is volgens onze visie en onze christelijke identiteit allerminst evident. Het gaat hier om een onomkeerbare handeling die wij op een heel zorgzame manier en met de grootste voorzichtigheid willen tegemoet treden. Dit betekent niet dat wij de eindigheid van het menselijk bestaan willen ontkennen en derhalve zouden vervallen in therapeutisch hardnekkigheid. Wij willen integendeel werken volgens een cultuur van respect voor het einde van het leven, een cultuur waarbij ten volle wordt aanvaard dat bepaalde aandoeningen ongeneeslijk zijn.

Elk verzoek naar euthanasie wordt ten gronde onderzocht en besproken samen met de bewoner, zijn familie en het team, zoals de wettelijke procedure voorschrijft.

### PROCEDURE BIJ EUTHANASIEVERZOEK DOOR TERMINALE BEWONERS

In onderstaande tabel geven wij een overzicht wat de wettelijke procedure voorhoudt (WET) en wat in ons woonzorgcentrum wordt nagestreefd. (WZC).

	WET	WZC
1. Van bij de opname de doelstellingen van de palliatieve zorg in de laatste levensfase verduidelijken door de sociale dienst.		X
2. Van zodra er zich een palliatieve situatie aandient: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nagaan welke afspraken bewoner, familie en arts gedurende de levensloop reeds maakten i.v.m. de laatste levensfase;</li> <li>▪ in overleg met alle betrokkenen een goed omschreven aangepast zorgplan opmaken.</li> </ul>		X  X
3. Wanneer de vraag naar euthanasie zich acuut stelt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vraag aandachtig beluisteren;</li> <li>▪ verhelderen van de verborgen vragen achter de vraag;</li> <li>▪ overleg plegen met alle betrokkenen (directie, zorgteam, palliatief referent, arts, bewoner en naasten);</li> <li>▪ rapportage in zorgdossier.</li> </ul>	X	X X X  X
4. Inschakelen van de palliatieve filter: wat zijn de reële vragen, angsten en welke zorg kan hier worden geboden? <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ethisch overleg met zorgteam, palliatief referent en arts. Een advies m.b.t. behandelingsalternatieven, pijn- en symptoomcontrole, psychosociale en spirituele ondersteuning. Indien aangewezen, inschakelen van externe deskundige in de palliatieve zorg voor een gesprek met de bewoner en bieden van alternatieven.</li> <li>b. Overleg met de betrokkene en zijn familie omtrent de verschillende behandelingsalternatieven.</li> </ol>		X  X   X
5. Wanneer alle mogelijkheden van palliatieve zorg uitgeput zijn, inclusief evaluatie geboden zorg door externe deskundige of dienst, beoordeling door de behandelende arts. Indien de euthanasievraag blijft: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ schriftelijk verslag arts</li> <li>→ indien wenselijk, inschakelen ethisch deskundige</li> </ul>	X	X  X
6. Indien de euthanasievraag blijft, worden volgende stappen ondernomen in overleg met de behandelende arts, zorgteam en palliatief supportteam.		

<p>6.1. Nagaan of aan de volgende criteria werd voldaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ de persoon is wilsbekwaam</li> <li>▪ de persoon verkeert in een terminale situatie</li> </ul> <p>6.2. Het verzoek voldoet aan de wettelijke voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ is het verzoek vrijwillig, overwogen, herhaald en zonder extreme druk?</li> <li>▪ is de toestand uitzichtloos als gevolg van een ernstige en ongeneeslijke aandoening?</li> <li>▪ is er sprake van aanhoudend ondraaglijk lijden?</li> <li>▪ kan het lijden niet gelenigd worden?</li> </ul> <p>Indien alle criteria voldaan zijn en alle mogelijkheden van palliatieve zorg zijn uitgeput (stap 4) dan hebben wij te maken met een <b>uitzonderlijke noodsituatie</b>.</p>		<b>X</b>
<p>7. Afspraken omtrent <b>levensbeëindiging</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Advies van een 2<sup>de</sup> arts inwinnen (waarbij de wettelijke criteria worden getoetst).</li> <li>▪ Advies van 2<sup>de</sup> arts overleggen met zorgteam, multidisciplinair team, patiënt en familie.</li> <li>▪ Opmaken van registratieformulieren voor de Federale Controlecommissie door behandelende arts.</li> <li>▪ Afspraken maken aangaande de eventuele toepassing van de levensbeëindiging. Hoe? Wie (niet verplichtende aanwezigheid van eigen medewerkers)? Wanneer? Waar? Ondersteuning achteraf?</li> <li>▪ Vooraleer toepassing expliciet nagaan of de handhaving van de vraag blijft.</li> <li>▪ Interne afspraken aangaande communicatie en sereniteit</li> </ul>	<b>X</b> <b>X</b> <b>X</b>	<b>X</b> <b>X</b> <b>X</b> <b>X</b> <b>X</b> <b>X</b>
<p>8. De levensbeëindiging kan toegepast worden in de voorziening indien de bewoner zich bevindt in een uitzonderlijke noodsituatie (zie stap 6). Indien gewenst door de bewoner kan de aanwezigheid van de medewerker(s) enkel op vrijwillige basis.</p>		<b>X</b>
<p>9. Nazorg voor de familie, afdelingsverantwoordelijke, het zorgteam (individueel en in groep), communicatie naar de overige medewerkers. Dit dient te gebeuren in nauwe samenwerking met de betrokken arts.</p>		<b>X</b>

## 6. Verschil tussen palliatieve sedatie en euthanasie

Omdat we bewoners in hun waardigheid willen laten en hen willen betrekken in hun eigen behandeling en zorg, moeten we hen ook goed kunnen informeren over de bestaande mogelijkheden van de zorg rond het levenseinde. We pogen in het onderstaande kader de verschillpunten aan te geven tussen het toedienen van palliatieve sedatie enerzijds en euthanasie anderzijds.

Palliatieve sedatie	Euthanasie
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ doel: refractaire symptomen bestrijden (= een normaal medisch handelen, bv. pijnbestrijding, ...)</li> <li>▪ feitelijk handelen: zoveel medicatie toedienen als nodig voor controle op de refractaire symptomen (proportioneel)</li> <li>▪ resultaat: adequate symptoombestrijding</li> <li>▪ patiëntenrechten gelden</li> <li>▪ palliatieve sedatie is medisch handelen waarop elke terminale zieke met refractaire symptomen aanspraak kan maken</li> <li>▪ wordt enkel in de laatste levensfase toegepast</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ doel: leven beëindigen (geen normaal medisch handelen)</li> <li>▪ feitelijk handelen: zoveel medicatie toedienen als nodig om het leven te beëindigen (tot de dood volgt)</li> <li>▪ resultaat: leven is beëindigd</li> <li>▪ wettelijke procedure is voorzien</li> <li>▪ er is geen recht op euthanasie (het kan geweigerd worden)</li> <li>▪ het kan in alle levensfasen toegepast worden</li> </ul>

## **7. Zorg aan de overledene en de nabestaanden**

---

In het verlengde van het respect voor keuzes en wensen over de zorg voor het welzijn en de palliatieve zorgcultuur proberen wij in overleg met de familie deze zorg door te trekken tot na het overlijden.

Wanneer het overlijden zich aankondigt, zijn wellicht al heel wat zaken besproken en voorbereid. Bij een plots overlijden zal het afscheid nemen en het loslaten met zorg, geduld en fijngevoeligheid aangepakt moeten worden.

Indien een familielid het wenselijk vindt, kan deze na het overlijden meehelpen in het bieden van de laatste zorgen.

Voor de medewerker hebben wij een leidraad (een procedure) opgesteld om hen een houvast te geven en om alle aspecten bij de zorg aan de overledene goed uit te voeren (lichaamsverzorging, administratieve zorg, zorg aan de naasten en omgeving).

Het respect voor de levensovertuiging en het gebruik van symbolen ligt in deze fase erg gevoelig en vraagt bijzondere aandacht van de medewerkers.

In samenspraak met de familie bieden we de medebewoners en de medewerkers de gelegenheid om een laatste groet te brengen.

In het woonzorgcentrum wordt op gepaste wijze afscheid genomen van de bewoner. In het tijdschrift van het woonzorgcentrum wordt een 'in memoriam' opgenomen.

De medewerker van de pastorale dienst of het palliatief zorgteam zorgt voor een gedachtenisviering waarop medebewoners en familie van de overledenen uitgenodigd worden.

In het team en in de palliatieve werkgroep wordt de zorg in de periode rond het levenseinde en het overlijden geëvalueerd.

## **8. Tot slot**

---

Door de geformuleerde visie consequent toe te passen denken en hopen wij vanuit een authentieke bezorgdheid (bron Marc Desmet) en onze christelijke waarden optimale zorg te verlenen aan de bewoner in de laatste fase van zijn leven en bij het sterven.

Directie, artsen en medewerkers die binnen de groep 'Wonen met zorg' deze menswaardige zorg verlenen, worden geacht om deze visie te onderschrijven en mee te realiseren.

Wij volgen de verdere evolutie op m.b.t. dit onderwerp.

### Bronnen en bijkomende informatie:

Visietekst rond levenseinde en euthanasie vanuit Zorg-saam

Ethische adviezen van Zorgnet Vlaanderen:

- Ethisch advies 1: Zorg voor een menswaardig levenseinde
- Ethisch advies 7: Niet starten en/of staken van levensverlengende medische behandelingen in de terminale fase
- Ethisch advies 16: Palliatieve sedatie

Teksten vanuit de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen:

- 'Medisch begeleid sterven, een begrippenkader' (Prof Bert Brouckaert)
- Document 'Wilsverklaringen rond het levenseinde' (Prof. Manu Keirse, dr. Marc Cosijns, prof. Herman Nys en prof. Kris Schutyser)
- Brochures rond Palliatieve sedatie