

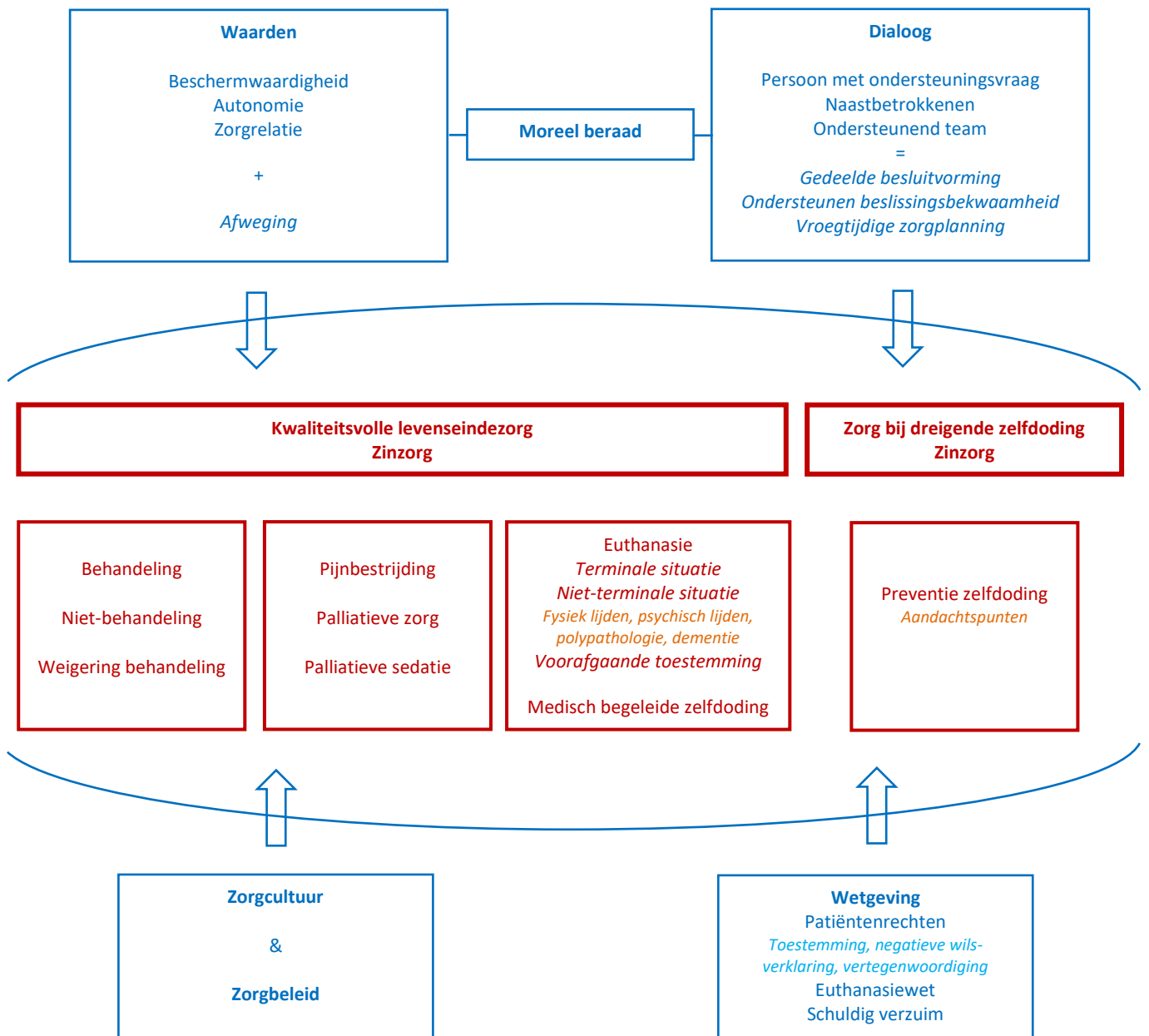
VISIEGROEP ETHIEK IN WELZIJN EN BUITENGEWOON ONDERWIJS
BROEDERS VAN LIEFDE

Ethisch advies

Ethisch omgaan met het levenseinde
van personen met een ondersteuningsvraag

April 2024

Overzicht



Inleiding

Dit ethisch advies biedt een kader aan het ondersteunend team voor het omgaan met personen met een ondersteuningsvraag wanneer het levenseinde op één of andere manier nabij is. Het ondersteunend team is een vaste groep beroepskrachten en is multidisciplinair samengesteld. Bij het omgaan met het levenseinde kan dit team worden aangevuld met interne en externe beroepskrachten met een bijzondere expertise, onder wie een arts als eindverantwoordelijke voor de medische zorg.

We verhelderen eerst enkele termen. Onder beroepskrachten verstaan we alle professionelen die betrokken zijn bij de ondersteuning in onderwijs, welzijn en zorg. Ondersteuning is het geheel van professionele activiteiten die beroepskrachten ondernemen om de levenskwaliteit van personen met een ondersteuningsvraag te bevorderen. Personen met een ondersteuningsvraag zijn jongeren, volwassenen en ouderen die een beroep doen op ondersteuning in een school of ortho(ped)agogisch centrum. Naastbetrokkenen zijn mensen uit het netwerk van de persoon met een ondersteuningsvraag die hen nabij zijn en op hen betrokken zijn; dit kan de vertrouwenspersoon of de wettelijk vertegenwoordiger zijn.

Het uitgangspunt bij het omgaan met het levenseinde is hetzelfde als bij elke vorm van ondersteuning: als ondersteunend team gaan we een professionele relatie aan vanuit onze deskundigheid en engagement, en in een open dialoog met alle betrokkenen. De professionele relatie duurt zolang dit de vraag is van de personen met ondersteuningsvraag of zolang dit nodig is voor hen en hun netwerk. De zorgrelatie kan kort maar ook langdurig zijn, en vergt een specifieke ondersteuning wanneer er sprake is van een langdurige of levensbedreigende ziekte en het levenseinde nadert.

Er kunnen bij een persoon met een ondersteuningsvraag ook tekenen zijn die verwijzen naar existentiële vragen, zoals wanneer die persoon het leven niet langer leefbaar vindt of het leven wil beëindigen. Als ondersteunend team worden we op die momenten geraakt in ons mens-zijn. Ook dan willen we de zorgrelatie voortzetten en dicht bij de vraag en het perspectief van die persoon blijven, zelfs als de persoon met ondersteuningsvraag niet meer verder wil leven en ons gevraagd wordt om de beschermwaardigheid van het leven los te laten.

1. Verschillende zorgvormen bij het levenseinde

Het ondersteunend team kan verschillende vormen van zorg bij het levenseinde bieden. We schetsen eerst deze verschillende mogelijkheden op een louter beschrijvende wijze, zonder ethische beschouwingen te maken of ethische voorkeuren uit te drukken. Het is immers belangrijk dat als we ethische beslissingen nemen, we vooraf een overzicht hebben van alle mogelijkheden. Voor dit overzicht doen we een beroep op het begrippenkader over medisch begeleid sterven van Palliatieve Zorg Vlaanderen (Medisch begeleid sterven, 2013).

(Afzien van) curatief of levensverlengend handelen

1. *Behandeling*: “Opstarten of voortzetten van een curatieve of levensverlengende behandeling” (Medisch begeleid sterven, p. 3).
2. *Niet-behandelbeslissing*: “Staken of nalaten van een curatieve of levensverlengende behandeling omdat deze behandeling in de gegeven situatie als niet langer zinvol of doeltreffend wordt beoordeeld” (p. 3).
3. *Weigering van behandeling*: “Staken of nalaten van een curatieve of levensverlengende behandeling omdat de patiënt deze behandeling weigert” (p. 4).

Toedienen van pijn- en symptoomcontrole

4. *Pijnbestrijding*: “Toedienen van analgetica en/of andere medicatie in doseringen en combinaties vereist om pijn en/of andere symptomen op adequate wijze te controleren” (Medisch begeleid sterven, p. 4).
5. *Palliatieve zorg*: “Benadering die de kwaliteit van 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" (Palliatieve zorg, 2021, p. 4).

6. *Palliatieve sedatie*: "Toedienen van sedativa in doseringen en combinaties die vereist zijn om het bewustzijn van een terminale patiënt zoveel te verlagen als nodig om één of meerdere refractaire symptomen op adequate wijze te controleren" (Medisch begeleid sterven, p. 5).

Actieve levensbeëindiging

7. *Euthanasie*: "Opzettelijk en actief levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek" (Medisch begeleid sterven, p. 6).
8. *Medisch begeleide zelfdoding*: Opzettelijk helpen van de arts bij het actief levensbeëindigend handelen van de betrokkene zelf, onder de voorwaarden van de euthanasiewet.

Naast deze zorgvormen die geboden worden door het ondersteunend team, vermelden we nog enkele andere vormen van levensbeëindiging:

- *Zelfdoding*: Opzettelijk en actief levensbeëindigend handelen door de betrokkene zelf.
- *Hulp bij zelfdoding*: Opzettelijk meewerken aan een opzettelijk en actief levensbeëindigend handelen door de betrokkene zelf (Medisch begeleid sterven, p. 7).
- *Actieve levensbeëindiging zonder verzoek*: "Opzettelijk en actief levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, niet op diens verzoek" (Medisch begeleid sterven, p. 7).

2. Ethische oriëntaties

Vanuit ethisch perspectief staan er bij het levenseinde drie waarden op het spel: de beschermwaardigheid van het leven, de autonomie van de persoon met ondersteuningsvraag, en de zorgrelatie tussen die persoon en het ondersteunend team (Visie euthanasie psychisch lijden, 2018). Deze waarden zijn fundamenteel maar niet absoluut. Dit betekent dat ze tegenover elkaar afgewogen kunnen worden en dat geen enkele waarde a priori doorslaggevend is.

Beschermwaardigheid

De beschermwaardigheid van het leven is de fundamentele waarde bij uitstek omdat het leven het fundament en de vóórwaarde is voor alle andere waarden. Het leven van elke mens is altijd beschermwaardig omdat het menselijk leven is, ongeacht de ziekte en de beperkingen van die persoon. De bescherming van het leven is essentieel maar niet absoluut: aan het leven komt er een einde en we hoeven het leven niet hardnekkig in stand te houden als het medisch niet meer doeltreffend of menselijk gezien niet meer zinvol is.

Autonomie

De autonomie van de persoon is de fundamentele waarde in de huidige westerse maatschappij: mensen mogen hun eigen keuzes maken. Autonomie gaat samen met de waardering van de kwaliteit van leven of het welbevinden. In de gezondheidszorg wordt autonomie gegarandeerd door de Wet Patiëntenrechten, met name door het recht op geïnformeerde toestemming. De autonomie van de persoon met ondersteuningsvraag is essentieel maar niet absoluut: die persoon moet voldoende bekwaam zijn om bepaalde beslissingen te nemen en die beslissingen mogen andere mensen niet schaden.

Zorgrelatie

De zorgrelatie is de fundamentele waarde in de zorg zelf. Enerzijds is het een relatie waarin de persoon met ondersteuningsvraag, de naastbetrokkenen en het ondersteunend team zo goed mogelijk samenwerken op basis van de waarde van vertrouwen. Anderzijds is de samenwerking gericht op de waarde van zorgverlening, de best mogelijke kwaliteit van zorg. In de zorgrelatie gaat het ondersteunend team voluit voor het bieden van de best mogelijke zorg en voor het respecteren van

de wensen van de persoon met ondersteuningsvraag. De zorgrelatie is essentieel maar niet absoluut: om een hogere kwaliteit van zorg te bieden, kan het beter zijn de zorg en de relatie door te geven aan een ander ondersteunend team.

Afweging

In de begeleiding proberen we deze drie waarden zoveel mogelijk te realiseren en met elkaar te verbinden. Toch is het mogelijk dat deze waarden in bepaalde situaties met elkaar in conflict komen. Dan is het nodig om een afweging te maken waarbij geen enkele waarde a priori beslissend is. Dit doen we in een dialoog tussen alle betrokken partijen, met name de persoon met ondersteuningsvraag, de naastbetrokkenen en het ondersteunend team. We streven naar een gedeelde besluitvorming over de best mogelijke zorg op basis van een afweging van waarden. Daartoe kunnen we moreel beraad toepassen (Waarden in dialoog, 2019).

3. Streven naar kwaliteitsvolle levenseindezorg

Kwaliteitsvolle zorg

Op basis van de drie waarden van beschermwaardigheid, autonomie en zorgrelatie streven we naar kwaliteitsvolle levenseindezorg. Dit betekent de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg en de hoogst mogelijke kwaliteit van leven, in de gegeven omstandigheden. Deze zorg heeft de volgende kenmerken:

- *Persoonsgericht*: de waardigheid en de wensen van de persoon met ondersteuningsvraag respecteren, zowel de uitdrukkelijke als de onuitgesproken wensen.
- *Integraal*: de persoon met ondersteuningsvraag benaderen in alle dimensies van het menszijn, zowel fysiek, psychologisch, sociaal als existentieel.
- *Geïntegreerd*: zorg bieden in een multidisciplinaire samenwerking en in samenwerking met de persoon met ondersteuningsvraag en de naastbetrokkenen.
- *Comfortgericht*: zoveel mogelijk pijn en lijden voorkomen, het leven niet onnodig verlengen maar ook niet onnodig verkorten, een omgeving bieden met warme zorg, blijvende aanwezigheid en sterke betrokkenheid.

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg kan hieraan een grote bijdrage leveren. Deze zorg is erop gericht de levenskwaliteit van personen met een ondersteuningsvraag en hun naastbetrokkenen te verbeteren wanneer ze worden geconfronteerd met uitdagingen als gevolg van een ernstige ziekte die uiteindelijk tot de dood leidt. Deze zorg beoogt het lijden te verlichten door pijn te behandelen en zorgzaam om te gaan met andere noden van fysieke, psychologische, sociale of spirituele aard (Palliatieve zorg, 2021).

Belang van zinzorg

Bij het omgaan met het levenseinde is zinzorg essentieel. Het gaat om de zorg en de begeleiding van de existentiële en spirituele vragen die het levenseinde onvermijdelijk oproept. Wat is de betekenis van mijn leven, wat was goed en minder goed, en hoe kan ik daar vrede mee nemen? Wat betekenen het lijden en sterven voor mij, hoe ga ik om met angst en vertrouwen, en wat heb ik nodig om vrede te nemen met het leven en de dood? Spelen geloof of een bepaalde levensopvatting daarin een rol? Het is de taak van het ondersteunend team en van medewerkers zinzorg & pastoraat om samen met de persoon met ondersteuningsvraag het levensverhaal en de leefwereld van die persoon te verhelderen, om daarin zin en betekenis, kracht en hoop te vinden.

Gedeelde besluitvorming

Om te komen tot kwaliteitsvolle levenseindezorg maken we keuzes. Het is essentieel dat we deze beslissingen bespreken in de 'triade' van partners in de zorg:

- de persoon met ondersteuningsvraag,

- de naastbetrokkenen, bij voorkeur in hun positie van vertrouwenspersoon en/of van wettelijke vertegenwoordiger,
- de arts en het ondersteunend team.

Dit leidt tot een dialoog waarin de drie partners in de zorg samen overleggen en streven naar overeenstemming of consensus. Ze informeren elkaar wederzijds over hun wensen en over de mogelijke opties, ze motiveren elkaar voor een bepaalde zinvolle keuze en proberen zo tot overeenstemming te komen. Met gedeelde besluitvorming kunnen de partners in de zorg tot beslissingen komen over de actuele zorg en in de vorm van vroegtijdige zorgplanning kunnen ze ook keuzes maken voor de toekomstige zorg.

Combinatie van verschillende zorgvormen

In de 'triade' en de gedeelde besluitvorming van de persoon met ondersteuningsvraag, de naastbetrokkenen, en de arts en het ondersteunend team, maken we keuzes in de zorg. Daarbij combineren we de zorgvormen die we al opgesomd hebben:

- curatieve en levensverlengende behandelingen starten of verderzetten zoals kunstmatige vocht- of voedseltoediening, of reanimatie, als dit zinvol en doeltreffend is,
- curatieve en levensverlengende behandelingen nalaten of stopzetten wanneer ze niet langer menselijk zinvol of medisch doeltreffend zijn,
- curatieve en levensverlengde behandeling weigeren met een actueel verzoek of met een voorafgaande schriftelijke wilsverklaring,
- pijnbestrijdende middelen toedienen om het lijden te verzachten,
- palliatieve zorg als een integrale en geïntegreerde levenseindezorg om comfort en kwaliteit van leven te bieden,
- palliatieve sedatie toepassen als refractaire symptomen op geen andere wijze gecontroleerd kunnen worden, ook als dat mogelijk het leven verkort,
- euthanasie door de arts laten uitvoeren als dit de uitdrukkelijke wens van de persoon met ondersteuningsvraag is en als aan alle wettelijke voorwaarden en bijkomende zorgvuldigheidsvereisten voldaan wordt.

Vroegtijdige zorgplanning

Vroegtijdige zorgplanning is een continu proces van dialoog waarbij de drie partners de toekomstige zorg bespreken en plannen (Richtlijn vroegtijdige zorgplanning, 2015). Het doel is om de waarden en voorkeuren van de persoon met ondersteuningsvraag over de toekomstige zorg te respecteren. Die wensen en opties kunnen worden vastgelegd in een 'negatieve' wilsverklaring of schriftelijke weigering van zorg, die juridisch afdwingbaar is. Ze kunnen ook worden uitgedrukt in een schriftelijk zorgplan met zorgdoelen en zorgafspraken, die niet wettelijk bindend zijn maar wel ethisch richtinggevend. De wilsverklaring en het zorgplan zijn een leidraad voor de besluitvorming op het moment dat de persoon met ondersteuningsvraag niet langer in staat is om de eigen wensen en voorkeuren uit te drukken.

Beslissingsbekwaamheid

Als voorwaarde wordt verwacht dat de persoon met ondersteuningsvraag voldoende bekwaam is om aan de gedeelde besluitvorming deel te nemen. In een medische context is het de opdracht van de arts om hierover te oordelen. Vanuit ethisch perspectief evalueren we beslissingsbekwaamheid zoveel mogelijk in een gedeelde besluitvorming, met betrokkenheid van de persoon met ondersteuningsvraag, de naastbetrokkenen, het ondersteunend team en de arts. Op basis van de verstandelijke beperking mogen we niet te snel oordelen dat de persoon niet bekwaam is. In de handreiking beslissingsbekwaamheid hebben we criteria en een werkwijze voorgesteld om de beslissingsbekwaamheid te evalueren (Bijlage: Handreiking beslissingsbekwaamheid, 2023). Het is echter niet alleen belangrijk de bekwaamheid te beoordelen maar ook om de persoon te ondersteunen om te groeien in beslissingsbekwaamheid. En zelfs als de persoon niet voldoende beslissingsbekwaam is, betekent dit niet dat hij of zij niet betrokken kan worden bij de gezamenlijke besluitvorming. De wensen en voorkeuren blijven belangrijk en het is een taak van de arts, het ondersteunend team en

naastbetrokkenen om ernaar te zoeken en ze af te leiden uit de gedragingen en de non-verbale communicatie.

Zorgcultuur en zorgbeleid

Een kwaliteitsvolle levenseindezorg veronderstelt een passende zorgcultuur en een zorgbeleid (Palliatieve zorg, 2021). Een zorgcultuur houdt in dat de arts en het ondersteunend team kennis, vaardigheden en attitudes ontwikkelen in verband met:

- het betrekken van de persoon met ondersteuningsvraag en de naastbetrokkenen,
- het communiceren met hen, in het bijzonder over emotionele en existentiële noden,
- het voeren van een proces van vroegtijdige zorgplanning,
- het opstellen van een zorgplan met een combinatie van de best mogelijke zorgvormen, en
- het uitvoeren van de verschillende zorgvormen.

Een zorgbeleid houdt in dat directies, bestuurders en overheid:

- een visie en beleid ontwikkelen over kwaliteitsvolle levenseindezorg, palliatieve zorg en vroegtijdige zorgplanning voor mensen met een ondersteuningsvraag, met aandacht voor de plaats van het ondersteunend team en de naastbetrokkenen,
- de nodige informatie en vorming over vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg aanbieden aan het ondersteunend team, en indien mogelijk ook aan naastbetrokkenen,
- de levenseindezorg, palliatieve zorg en vroegtijdige zorgplanning volledig integreren in het gewone zorgplan,
- zorg dragen voor het team bij het omgaan met het levenseinde, en ondersteunen van het team in zijn eigen teamwerking en zijn samenwerking met externe partners en netwerken,
- de materiële en personele middelen ter beschikking stellen om die visie en dat beleid uit te voeren.

4. Zorg bij de vraag naar euthanasie

Naast de verschillende vormen van zorg die we besproken hebben, namelijk het (afzien van) curatief of levensverlengend handelen, het toedienen van pijn- en symptoombestrijdende middelen, en het bieden van palliatieve zorg, is er ook actieve levensbeëindiging mogelijk in de vorm van euthanasie. De wet omschrijft euthanasie als het “het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek” (Wet euthanasie, 2002, art. 2). In feite betekent euthanasie dat een arts op verzoek van de persoon met ondersteuningsvraag dodelijke medicatie toedient, waardoor die persoon vrijwel onmiddellijk sterft. Euthanasie is geen recht. De gewetensvrijheid van de arts en het ondersteunend team wordt gewaarborgd: “Geen arts kan worden gedwongen euthanasie uit te voeren. Geen andere persoon kan worden gedwongen om mee te werken aan het toepassen van euthanasie” (art. 14). Als een arts geen euthanasie wil toepassen, “dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht” en moet de arts “de patiënt of de vertrouwenspersoon in elk geval de contactgegevens bezorgen van een centrum of een vereniging die in euthanasierecht is gespecialiseerd” (art. 14).

Er zijn verschillende situaties waarin personen met een ondersteuningsvraag om euthanasie kunnen vragen: in een terminale situatie, in een niet-terminale situatie en met een voorafgaande wilsverklaring. We beperken ons hier tot meerderjarigen omdat euthanasie bij minderjarigen enkel toegelaten is bij ondraaglijk en medisch uitzichtloos fysiek lijden in een terminale situatie (art. 3, par. 1).

(1) Euthanasie in een terminale situatie

Een terminale situatie betekent dat de persoon met ondersteuningsvraag zich bevindt in de terminale fase van een somatische aandoening, en dus niet in een situatie waarin hij of zij “kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden” (art. 3, par. 3). In een dergelijke situatie stelt de euthanasiewet, naast een reeks procedurele voorwaarden, drie fundamentele voorwaarden die tegelijk moeten worden vervuld:

- De patiënt is “een handelingsbekwame meerderjarige” persoon die “bewust is op het ogenblik van zijn verzoek” (art. 3, par. 1).
- Het verzoek is “vrijwillig, overwogen en herhaald”, en niet tot stand gekomen “als gevolg van enige externe druk” (art. 3, par. 1).
- De patiënt bevindt zich in “een medisch uitzichtloze toestand”, meer bepaald “van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening” (art. 3, par. 1). Bovendien moet de arts “met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is” (art. 3, par. 2).

Daarnaast zijn er in de euthanasiewet nog een reeks procedurele voorwaarden:

- De persoon met ondersteuningsvraag stelt een schriftelijke wilsverklaring op (art. 3, par. 4).
- De arts verstrekt informatie aan de persoon met ondersteuningsvraag en overlegt met hem of haar (art. 3, par. 2).
- De arts consulteert een arts die de wettelijke voorwaarden toetst (art. 3, par. 2).
- De arts overlegt met het verpleegkundig of multidisciplinair team (art. 3, par. 2).
- De arts overlegt met naasten die de persoon met ondersteuningsvraag aanwijst (art. 3, par. 2).
- De arts doet aangifte van de euthanasie aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (art. 3, par. 5)

Vanuit ethisch standpunt kan euthanasie in een terminale situatie in een voorziening van de Broeders van Liefde gerechtvaardigd zijn als de wettelijke voorwaarden gerespecteerd worden en er gestreefd wordt naar de grootst mogelijke zorgvuldigheid bij het beoordelen en uitvoeren van bovengenoemde fundamentele en procedurele voorwaarden.

(2) Euthanasie in een niet-terminale situatie

Een niet-terminale situatie betekent dat de patiënt “kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden”, en dus vanuit somatisch standpunt nog een zekere tijd kan verder leven (Wet euthanasie, art. 3, par. 3). In een dergelijke situatie gelden volgens de euthanasiewet dezelfde voorwaarden als in een terminale situatie, zoals hierboven beschreven. Er worden echter nog twee procedurele voorwaarden aan toegevoegd:

- De arts moet “een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie” en die ook de wettelijk voorwaarden toetst (art. 3, par. 3).
- De arts moet “minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie” (art. 3, par. 3).

Een dergelijke situatie kan zich voordoen bij personen met een ondersteuningsvraag die (a) psychisch lijden, die lijden aan (b) een somatische aandoening, aan (c) polypathologie of aan (d) dementie, maar niet bij personen die lijden aan (e) levensmoeheid of voltooid leven. Vanuit ethisch standpunt kan euthanasie in een niet-terminale situatie in een voorziening van de Broeders van Liefde gerechtvaardigd zijn als de wettelijke voorwaarden gerespecteerd worden en alle zorgvuldigheidsvereisten worden nageleefd die de Organisatie Broeders van Liefde heeft uitgewerkt voor euthanasie bij psychisch lijden in een niet-terminale situatie. De handreiking zorgvuldigheidsvereisten is te vinden in de bijlage bij deze visietekst.

Euthanasie in een niet-terminale situatie kan ook worden uitgevoerd in de vorm van een ‘*medisch begeleide zelfdoding*’. Dit veronderstelt dat de arts alle wettelijke voorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten naleeft en houdt in dat de persoon met ondersteuningsvraag zelf de uiteindelijke handeling verricht die de dood op directe wijze veroorzaakt. Medisch begeleide zelfdoding versterkt de verantwoordelijkheid van de persoon die om euthanasie vraagt en vermindert mogelijk de psychologische en morele last voor de arts.

(a) Bij psychisch lijden

Vanuit ethisch standpunt kan euthanasie bij personen met een ondersteuningsvraag die ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden in een niet-terminale situatie in een voorziening van de Broeders van

Liefde verantwoord zijn (Visie euthanasie psychisch lijden, 2018). Een voorwaarde is de toepassing van alle wettelijke voorwaarden en van alle vereisten uit de handreiking zorgvuldigheidsvereisten van de Organisatie Broeders van Liefde (Bijlage: Handreiking zorgvuldigheidsvereisten, 2023). In een voorziening van de Broeders van Liefde is een voorafgaande toetsing door een evaluatiecommissie is noodzakelijk.

(b) Bij een somatische aandoening

Ook euthanasie bij personen met een ondersteuningsvraag die ondraaglijk en uitzichtloos lijden aan een ernstige en ongeneeslijke somatische aandoening maar niet terminaal zijn, kan vanuit ethisch standpunt in een voorziening van de Broeders van Liefde verantwoord zijn. Een voorwaarde is de toepassing van alle wettelijke voorwaarden en van alle vereisten uit de handreiking zorgvuldigheidsvereisten van de Organisatie Broeders van Liefde (Bijlage: Handreiking zorgvuldigheidsvereisten, 2023). In een voorziening van de Broeders van Liefde is een voorafgaande toetsing door een evaluatiecommissie noodzakelijk.

(c) Bij polypathologie

Personen met een ondersteuningsvraag, zeker ouderen, kunnen lijden aan ‘polypathologie’. Dit is een situatie die niet in de wet vermeld staat maar uitgewerkt is door de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Polypathologie wordt beschreven als een combinatie van een aantal somatische aandoeningen die afzonderlijk geen ondraaglijk en uitzichtloos lijden vormen, maar in combinatie met elkaar mogelijks wel. Vanuit medisch en ethisch standpunt is dit een problematisch concept. Dit zou kunnen worden opgevat als de combinatie van twee of meer somatische aandoeningen die behoren tot het gewone leven en functioneren van mensen met een ondersteuningsvraag of op hoge leeftijd, zoals minder goed horen, minder goed zien, minder goed stappen, meer vergeten, last hebben van incontinentie, enz. Vanuit juridisch en ethisch standpunt kan polypathologie enkel een grondslag zijn voor euthanasie in een niet-terminale situatie als het een combinatie is van twee of meer ernstige somatische aandoeningen die samen gelijkwaardig zijn aan wat de wet omschrijft als een “een medisch uitzichtloze toestand”, “van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening” (Wet euthanasie, art. 3, par. 1). Het lijden moet dus het gevolg zijn van medische aandoeningen die beantwoorden aan die wettelijke omschrijving.

In dat geval gelden alle wettelijke voorwaarden voor euthanasie in een niet-terminale situatie. Vanuit ethisch standpunt zijn ook alle vereisten uit de handreiking zorgvuldigheidsvereisten van de Organisatie Broeders van Liefde van toepassing (Bijlage: Handreiking zorgvuldigheidsvereisten, 2023). In een voorziening van de Broeders van Liefde is een voorafgaande toetsing door een evaluatiecommissie eveneens noodzakelijk.

(d) Bij dementie

Personen met een ondersteuningsvraag die lijden aan dementie kunnen ook vragen om euthanasie in een niet-terminale situatie. Daartoe is er een zeer beperkte mogelijkheid vanuit juridisch standpunt. De euthanasiewet vereist volledige beslissingsbekwaamheid en dat kan alleen in het eerste stadium van dementie. In dit eerste stadium kan er echter nog voldoende ervaring van kwaliteit van leven mogelijk zijn. Daarom is euthanasie bij dementie in een niet-terminale situatie vanuit juridisch en ethisch standpunt moeilijk te rechtvaardigen.

Als personen met een ondersteuningsvraag daar toch naar vragen, dan gelden uiteraard alle wettelijke voorwaarden voor euthanasie in een niet-terminale situatie. Vanuit ethisch standpunt zijn ook alle vereisten uit de handreiking zorgvuldigheidsvereisten van de Organisatie Broeders van Liefde van toepassing (Bijlage: Handreiking zorgvuldigheidsvereisten, 2023). In een voorziening van de Broeders van Liefde is een voorafgaande toetsing door een evaluatiecommissie eveneens noodzakelijk.

(e) Niet bij levensmoeheid of voltooid leven

Euthanasie bij personen met een ondersteuningsvraag die lijden aan levensmoeheid of voltooid leven is vanuit juridisch en ethisch standpunt niet te rechtvaardigen. Levensmoeheid of voltooid leven betekent dat mensen, vooral ouderen, vinden dat het leven lang genoeg geduurd heeft en voltooid is, dat ze het leven moe zijn en er geen zin meer in hebben, en dus verlangen naar de dood. Een wettelijke voorwaarde voor euthanasie is dat er een medische grondslag is voor deze situatie, en dit is niet het geval bij levensmoeheid of voltooid leven (art. 3, par. 1). Levensmoeheid of voltooid leven impliceert dus kwaliteitsvolle zorg en zinzorg die het zoeken naar betekenis en zin in het leven ondersteunt.

(3) Euthanasie met voorafgaande wilsverklaring

Ten slotte is euthanasie ook mogelijk met een voorafgaande wilsverklaring. Hier zijn andere voorwaarden van toepassing dan bij euthanasie met een actueel verzoek. Er zijn procedurele voorwaarden voorzien die vooral te maken hebben met het opstellen van de wilsverklaring en met het aanstellen van vertrouwenspersonen. De euthanasiewet stelt drie fundamentele voorwaarden die tegelijk moeten worden vervuld:

- De patiënt “lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening” (Wet euthanasie, art. 4, par 1).
- De patiënt is “niet meer bij bewustzijn” (art. 4, par 1).
- De toestand is “volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar” (art. 4, par 1).

Euthanasie met een voorafgaande wilsverklaring heeft vanuit juridisch standpunt echter een heel beperkt toepassingsgebied, namelijk wanneer de persoon met ondersteuningsrelatie niet meer bij bewustzijn is, dus zich feitelijk bevindt in een onomkeerbare coma of vegetatieve status. Dit is niet het geval bij mensen met een ondersteuningsvraag, en ook niet bij mensen die ondraaglijk fysiek of psychisch lijden, lijden aan levensmoeheid of voltooid leven, aan polypathologie of aan dementie.

5. Zorg bij dreigende zelfdoding

Een laatste situatie met betrekking tot het levenseinde is wanneer we signalen opvangen van een dreigende zelfdoding. Zoals blijkt uit het wettelijk kader hierna, is het plegen van zelfdoding wettelijk niet strafbaar, maar heeft het ondersteunend team de wettelijke plicht om zelfdoding te voorkomen, zo niet, dan pleegt het schuldig verzuim om hulp te verlenen aan iemand die in een ernstig gevaar verkeert (Strafwetboek, art. 422 bis). De wet gaat immers uit van een vermoeden van beslissingsonbekwaamheid bij dreigende zelfdoding. Door de onzekerheid over de vrije wil, verplicht de wet tot hulpverlening. Bij euthanasie daarentegen is beslissingsbekwaamheid een wettelijke voorwaarde en wordt vrijwilligheid dus aangenomen.

Hoe kunnen we de persoon met ondersteuningsvraag in deze moeilijke situatie begeleiden? Hiervoor verwijzen we naar een advies van de begeleidingscommissie ethiek in de geestelijke gezondheidszorg over de preventie van zelfdoding (Preventie van zelfdoding, 2007). Om de waarden van beschermwaardigheid van het leven, de autonomie van de persoon met ondersteuningsvraag en de zorgrelatie tussen die persoon en het ondersteunend team te integreren, volgen enkele ethische aandachtspunten voor het team bij de preventieve zorg voor zelfdoding. Er is een logische volgorde van deze aandachtspunten, maar geen chronologische volgorde.

Inleving en begrip tonen

Uitgangspunt is dat het ondersteunend team de situatie van de persoon met ondersteuningsvraag ernstig neemt, en inleving en begrip toont. Daartoe proberen we de gevoelens en gedachten zo goed mogelijk aan te voelen en te begrijpen. Inleving en begrip zijn een teken van respect voor die persoon en een eerste vorm van zorg.

Signalen herkennen en risico inschatten

Het ondersteunend team probeert signalen op te vangen en te herkennen in de verbale en non-verbale communicatie. We schatten het risico op zelfdoding in, mogelijks met behulp van scoringsinstrumenten, maar vooral in multidisciplinair overleg en in gesprek met de persoon met ondersteuningsvraag en de naastbetrokkenen.

Zorgrelatie opbouwen

Het ondersteunend team toont zijn betrokkenheid, probeert vertrouwen te krijgen en een goede zorgrelatie op te bouwen. Die zorgrelatie kan een opvangende en ook aanvullende relatie zijn die een vrije ruimte biedt voor communicatie die elders soms niet mogelijk is.

Goede zorg aanbieden

De beste preventie is de dagelijkse zorg en ondersteuning. Die zorg is gericht op de hele persoon, zowel de fysieke, psychische, sociale als existentiële aspecten van het leven. Het is dus belangrijk dat we zinzorg en eventueel psychotherapie aanbieden, maar ook dat we werken aan de context en eventueel adequate farmacotherapie toedienen.

Werken aan zinbeleving

Zelfdoding heeft meestal te maken met een verlies of een gemis aan zin in het leven. Daarom is het belangrijk dat het ondersteunend team met inbegrip van de medewerkers zinzorg & pastoraat helpen zoeken naar zin en betekenis, waarden en doelen in het leven, door het levensverhaal en de leefwereld van de persoon met ondersteuningsvraag te helpen uitdrukken.

Beschermende afspraken maken

Als de dreiging met zelfdoding ernstig is, kan het nodig zijn om beschermende maatregelen te nemen. Dit doen we best in de vorm van een afspraak, die het ondersteunend team voorstelt en motiveert aan de persoon met ondersteuningsvraag, en bij voorkeur ook in overleg met de naastbetrokkenen. Vanuit onze zorgrelatie vragen we het engagement om die afspraak na te leven.

Vrijheidsbeperkende maatregelen nemen

Het kan nodig zijn om de persoon met ondersteuningsvraag verder te beschermen door vrijheidsbeperkende maatregelen te nemen. Vrijheidsbeperking kan verantwoord zijn als de persoon niet meer voldoende beslissingsbekwaam is, er een gevaar is voor het leven of de integriteit van de persoon zelf of een ander, en de graad van vrijheidsbeperking in een redelijke verhouding staat tot het gevaar (Vrijheidsbeperking, 2005).

Vrijheid en verantwoordelijkheid bevorderen

Vrijheid beperken kan noodzakelijk zijn, maar kan ook de zin en de kwaliteit van leven verminderen. Zinbeleving veronderstelt vrijheid en vrijheid impliceert verantwoordelijkheid. Daarom zoekt het ondersteunend team naar het zeer delicate evenwicht tussen het geven en beperken van zowel vrijheid als verantwoordelijkheid. Het ondersteunend team kan dus niet uitsluiten dat er toch een zelfdoding plaatsvindt.

Zorgen voor de naastbetrokkenen en het ondersteunend team

In moeilijke situaties is het belangrijk zorg te bieden aan alle naastbetrokkenen, niet alleen de familieleden, maar ook aan het ondersteunend team zelf en andere betrokken personen. De dreiging van zelfdoding confronteert ons wellicht met onze eigen onmacht en schuldgevoel, en met de eindigheid van ons eigen leven.

Omgaan met eigen onmacht

Onvermijdelijk wordt het ondersteunend team geconfronteerd met grote onmacht. We maken die onmacht bespreekbaar en proberen die zo goed mogelijk te aanvaarden en een plaats te geven, zonder ervan weg te vluchten of om te buigen naar overmacht. We blijven beter met onze eigen onmacht in verbinding met de persoon met ondersteuningsvraag om het lijden samen te dragen. We kunnen ook een beroep doen op de collega's om over te nemen als dat nodig is.

6. Juridisch kader

Bij alle aspecten van de begeleiding van het levenseinde is het uiteraard heel belangrijk rekening te houden met de wettelijke regels. De voorwaarden van de euthanasiewet en het schuldig verzuim bij preventie van zelfdoding zijn reeds ter sprake gekomen. Voor alle andere, 'gewone' zorgvormen is de Wet Patiëntenrechten van toepassing, namelijk bij het (afzien van) curatief of levensverlengend handelen en het toedienen van pijn- en symptoomcontrole. Voor de beslissingen met betrekking tot deze zorgvormen, is de volgende rangorde van beslissingen bepaald. We gebruiken hier het woord 'patiënt' omdat we vooral verwijzen naar de wet patiëntenrechten en de persoon met een ondersteuningsvraag een patiënt wordt in een medische context.

Gewone zorgvormen

a. Beslissing van patiënt indien beslissingsbekwaam

1. Geïnformeerde, voorafgaandelijke en vrije toestemming van de patiënt, op voorwaarde dat de patiënt daartoe beslissingsbekwaam is (Wet patiëntenrechten, art. 8, par. 1). De patiënt kan zich laten bijstaan door een vertrouwenspersoon (art. 7, par. 2).
2. 'Negatieve' wilsverklaring of schriftelijke weigering van de patiënt tot een welomschreven tussenkoms, indien door patiënt opgesteld toen die daar beslissingsbekwaam toe was (art. 8, par. 4). Dit kan opgenomen worden in vroegtijdige zorgplanning.

b. Beslissing van vertegenwoordiger indien patiënt niet beslissingsbekwaam

3. Toestemming van de vertegenwoordiger die schriftelijk door de patiënt zelf is aangesteld op een moment dat de patiënt daartoe beslissingsbekwaam was (art. 14, par. 1).
4. Toestemming van de bewindvoerder die door de vrederechter gemachtigd is om de rechten van de patiënt uit te oefenen (art. 14, par. 2).
5. Toestemming van de samenwonende echtgenoot of partner (art. 14, par. 3).
6. Toestemming van een meerderjarig kind (art. 14, par. 3).
7. Toestemming van een ouder (art. 14, par. 3).
8. Toestemming van een meerderjarige broer of zus (art. 14, par. 3).

c. Belangenbehartiging door begeleiders

9. Belangenbehartiging door de begeleiders als er geen feitelijke vertegenwoordigers zijn of als er een conflict is tussen de feitelijke vertegenwoordigers van dezelfde rang (art. 14, par. 3).
10. Beslissing van de begeleiders om in te gaan tegen de beslissing van elke vertegenwoordiger, als dit in het belang van de patiënt is en als er een ernstig gevaar is voor het leven of de gezondheid van de patiënt (art. 15, par. 2).

Actief levensbeëindigend handelen

Er is aparte wetgeving voor actief levensbeëindigend handelen, dus voor de zorgvormen 7 tot 9.

- Euthanasie valt uiteraard onder de euthanasiewet met een reeks specifieke voorwaarden (Wet euthanasie, 2002).
- Hulp bij zelfdoding is in principe wettelijk strafbaar omwille van schuldig verzuim aan iemand die in een ernstig gevaar verkeert (Strafwetboek, art. 422 bis).

- Medisch begeleide zelfdoding door een arts, als een bijzondere vorm van hulp bij zelfdoding, wordt feitelijk gedoogd door de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie en door de de Orde der Artsen als aan de voorwaarden van de euthanasiewet wordt voldaan, wat geen garantie biedt voor de houding van justitie in dergelijke situaties.
- Actieve levensbeëindiging zonder verzoek is wettelijk strafbaar en wordt gelijkgesteld aan moord.

Zelfdoding

Ten slotte is zelfdoding een aparte situatie.

- Zelfdoding is niet wettelijk strafbaar.
- Het ondersteunend team heeft de wettelijke plicht om zelfdoding te voorkomen, zo niet, dan pleegt het schuldig verzuim om hulp te verlenen aan iemand die in een ernstig gevaar verkeert (Strafwetboek, art. 422 bis).

7. Moreel beraad

Dit advies over de begeleiding van het levenseinde op basis van de verschillende zorgvormen, gedeelde besluitvorming en vroegtijdige zorgplanning is een algemene benadering. Een voordeel hiervan is dat het advies relevant is in alle situaties aan het levenseinde. Het nadeel is echter dat het advies nog moet worden geconcretiseerd voor de specifieke situatie die zich op de werkvloer voordoet.

Om de kloof tussen de algemene visie en de concrete situatie te overbruggen, kunnen we gebruik maken van een methode voor ethische reflectie of moreel beraad, zoals de methode ‘waarden in dialoog’. We kunnen deze methode toepassen op elke situatie die zich voordoet. Voor de toepassing ervan kunnen we een beroep op de referentiepersoon ethiek van het ortho(ped)agogisch centrum of de school.

8. Bronnen

Handreiking Evaluatie Beslissingsbekwaamheid, Gent: Groep Broeders van Liefde, 2023, zie: <https://broedersvanliefde.be/sites/default/files/media/bijlagen/Handreiking%20evaluatie%20beslissingsbekwaamheid%202023.pdf>

Handreiking zorgvuldigheidsvereisten bij euthanasievraag, Gent: Groep Broeders van Liefde, 2023, zie: <https://broedersvanliefde.be/sites/default/files/media/bijlagen/Handreiking%20zorgvuldigheid%20euthanasievraag%202023.pdf>

Medisch begeleid sterven: een begrippenkader, Vilvoorde: Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2013, zie: [Medisch begeleid sterven-2013-2.pdf \(palliatievezorgvlaanderen.be\)](#)

Palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Uitdagingen en aanbevelingen, Vilvoorde: Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2021: zie: [Beleidsnota-palliatieve-zorg-bij-mensen-met-een-verstandelijke-beperking_definitief.pdf \(palliatievezorgvlaanderen.be\)](#)

Preventie van zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg, Gent: Begeleidingscommissie ethiek in de geestelijke gezondheidszorg, 2007, zie: [Ethisch advies: Preventie van zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg | Broeders van Liefde](#)

Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning, Vilvoorde: Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen 2015, zie: [Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning \(palliatievezorgvlaanderen.be\)](#)

Strafwetboek, zie: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1867060801&table_na_me=wet

Visie op euthanasie bij psychisch lijden in een niet-terminale situatie. Gent: Groep Broeders van Liefde, 2018.

Vrijheidsbeperking bij personen met een handicap, Gent: Visiegroep ethiek in de ortho(ped)agogische zorg, 2005, zie: <https://broedersvanliefde.be/artikel/ethisch-advies-vrijheidsbeperking-bij-personen-met-een-handicap>

Waarden in dialoog: Axel Liégeois, *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*, Leuven: LannooCampus, 2019, zie: [Handboek Waarden in dialoog | Uitgeverij Lannoo](#); Ethiek op de werkvloer, zie: [Ethiek | Broeders van Liefde](#)

Wet betreffende de euthanasie, Belgisch Staatsblad 22 juni 2002, zie: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table_name=wet

Wet betreffende de rechten van de patiënt, Belgisch Staatsblad 26 september 2002, zie: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet

LEDEN VISIEGROEP ETHIEK IN WELZIJN EN BUITENGEWOON ONDERWIJS

Aartrijke, O.C. Cirkant: Hanne Colpaert

Brecht, O.C. Clara Fey: Freya Jaspers, Jean Rivière en Indy Van Noten

Gent, O.C. Styrka: Hannelore Callewaert en Lieselot Hinnekint

Gent, Organisatie Broeders van Liefde: Mario De Maet en Axel Liégeois

Gentbrugge: K.O.C. Sint-Gregorius (+ Gijzenzele, O.C. De Beweging; Bellingen, O.C. Huize Terloo): Jan Coucquyt, Jessica De Pauw en Griet Van Cutsem

Lier, BuSO en BuBaO De Regenboog: Gunther De Vries

Lummen, K.O.C. Sint-Ferdinand (+ Leuven, O.C. Het Roerhuis) : Majke Jongen, Luc Vandeput en Wilfried Jorissen

Roeselare, O.C. Sint-Idesbald (+ Handzame, O.C. Inoa): Inge Declerck

Sint-Lambrechts-Woluwe, O.C. Koninklijk Instituut Woluwe: Silke De Smedt en Magali De Schryver

Vurste, Ebergiste: Toby De Blauwer en Kyra Van Isterbeek

9. Bijlage: Handreiking zorgvuldigheidsvereisten bij euthanasievraag Geestelijke Gezondheidszorg – Broeders van Liefde Februari 2023

De richtlijn is een leidraad voor de toepassing van de zorgvuldigheidsvereisten bij een euthanasievraag in de Groep Broeders van Liefde. De zorgvuldigheidsvereisten zijn afgeleid uit de “Visie van de groep Broeders van Liefde in België op euthanasie bij psychisch lijden in een niet-terminale situatie” (maart 2018).

De richtlijn beschrijft niet de begeleiding zelf als een proces van luisteren, informeren, motiveren en proberen tot overeenstemming te komen, maar de inhoudelijke zorgvuldigheid die in de begeleiding wordt verwacht.

De richtlijn kan worden gebruikt in het hele proces van begeleiding van een euthanasievraag: vanaf het moment dat het euthanasieverzoek schriftelijk wordt geformuleerd, tijdens de begeleiding van de euthanasievraag door arts en interdisciplinair team, bij het advies van de lokale supportgroep levenseindezorg en tenslotte bij het advies van de evaluatiecommissie euthanasie.

Het document dat op basis van deze richtlijn beschrijft hoe de zorgvuldigheidsvereisten voldaan worden, kan systematisch in- en aangevuld worden tijdens het hele begeleidingsproces. Het document kent dus een ‘groei’ of ontwikkeling in de tijd.

De richtlijn integreert de wettelijke voorwaarden van de Wet Euthanasie en de deontologische richtlijnen van de Orde der Artsen:

Zie: [LOI - WET \(fgov.be\)](#)

Zie: [Ordomedic | Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening – Actualisering advies van de nationale raad van 27 april 2019](#)

Vooraf: de situatie van de patiënt

Beschrijf kort:

- (a) De levensgeschiedenis van de patiënt
- (b) De betekenis van het euthanasieverzoek voor de patiënt zelf
- (c) De familiale context van de patiënt
- (d) De behandelgeschiedenis van de patiënt

Inhoudelijke zorgvuldigheidsvereisten

1. Beslissingsbekwaam verzoek

Beschrijf:

- (1) Dat het verzoek vrijwillig, zonder dwingende invloed van de pathologie is
- (2) Dat het verzoek overwogen is
- (3) Dat er geen externe druk is
- (4) Dat de patiënt ziektebesef en zelfkennis heeft
- (5) Dat het verzoek begrijpelijk en invoelbaar is
- (6) Dat het verzoek herhaald en duurzaam is

2. Medisch uitzichtloze toestand

Beschrijf:

- (7) Dat het lijden aanhoudend en ondraaglijk is
- (8) Dat het lijden medisch uitzichtloos is
- (9) Dat de aandoening ernstig en ongeneeslijk is
- (10) Dat de aandoening onbehandelbaar is

3. Geen redelijke andere oplossing

Beschrijf:

- (11) De verstrekte biologische behandeling
- (12) De verstrekte psychologische en therapeutische behandeling
- (13) De verstrekte sociale begeleiding
- (14) De verstrekte zinzorg of existentiële begeleiding
- (15) De verstrekte herstel-ondersteunende zorg
- (16) De verstrekte palliatieve of crustatieve zorg
- (17) Of er verbetering mogelijk is op overzienbare termijn
- (18) Of er een redelijke verhouding is tussen resultaten en belasting van de behandeling
- (19) Of de patiënt vrijwillig toestemming geeft voor de behandeling
- (20) Of overdracht of tegenoverdracht een grote rol spelen

Vormelijke zorgvuldigheidsvereisten

1. Overleg met patiënt

Beschrijf:

- (21) Het frequent en intensief overleg met de patiënt
- (22) Dat er minstens zes maanden sinds het schriftelijke verzoek verstreken zijn

2. Consult van artsen

Beschrijf:

- (23) Het frequent en intensief overleg met de geconsulteerde artsen
- (24) Dat de geconsulteerde artsen onafhankelijk zijn tegenover de behandelende arts en patiënt
- (25) Dat de behandelende en geconsulteerde artsen tot consensus gekomen zijn

3. Overleg in interdisciplinair team

Beschrijf:

- (26) Het frequent en intensief overleg in het interdisciplinair team
- (27) Dat de arts en het team tot consensus gekomen zijn

4. Overleg met familie en naasten

Beschrijf:

- (28) Het overleg met de patiënt over het betrekken van familie en naasten
- (29) Het overleg met familie en naasten

5. Advies van supportgroep

Beschrijf:

- (30) De advisering van de lokale supportgroep levenseindezorg

Beslissing om euthanasie uit te voeren

Beschrijf:

- (31) Dat de beslissing tot uitvoering van euthanasie in geweten overwogen is

Aandachtspunt residentiële context

Beschrijf:

- (32) Het overleg met de patiënt over de meest aangewezen plaats voor de uitvoering van euthanasie
- (33) Voor het geval dat de euthanasie in de voorziening uitgevoerd wordt, welke handswijze een traumatiserende impact op de medepatiënten zoveel mogelijk voorkomt en beperkt.

**10. Bijlage: Handreiking evaluatie beslissingsbekwaamheid
Geestelijke Gezondheidszorg – Broeders van Liefde
Juni 2023**

Naam van de evaluatoren:

Aanduiding van de cliënt:

Context

Belangrijke elementen uit de levensgeschiedenis

Belangrijke elementen uit de sociale en familiale context

Belangrijke elementen uit de ontwikkeling van de zorg

Beslissing die cliënt moet nemen

Impact of gevolgen van de beslissing

Evaluatie criteria

1. Informatie begrijpen	---	--	-	+	++	+++
Motivering						
Ondersteuning						
2. Inzicht in eigen situatie verwerven	---	--	-	+	++	+++
Motivering						
Ondersteuning						
3. Handelingsmogelijkheden zoeken	---	--	-	+	++	+++
Motivering						
Ondersteuning						
4. Handelingsmogelijkheden overwegen	---	--	-	+	++	+++
Motivering						
Ondersteuning						
5. Effecten voor zichzelf inschatten	---	--	-	+	++	+++
Motivering						
Ondersteuning						
6. Effecten voor anderen inschatten	---	--	-	+	++	+++
Motivering						
Ondersteuning						
7. Keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze motiveren	---	--	-	+	++	+++
Motivering						
Ondersteuning						
8. Keuze motiveren zonder dwingende invloeden van binnenuit	---	--	-	+	++	+++
Motivering						
Ondersteuning						
9. Keuze motiveren zonder dwingende invloeden van buitenaf	---	--	-	+	++	+++
Motivering						
Ondersteuning						
10. Keuze vanuit doelen en waarden motiveren	---	--	-	+	++	+++
Motivering						
Ondersteuning						

Eindevaluatie beslissingsbekwaamheid

Globale evaluatie van de beslissingsbekwaamheid in de context