



**WOON- en ZORGCENTRA**  
Centra kortverblijf  
Sint Elisabeth Hasselt  
Sint Franciscus Tongeren  
Eyckendael Riemst

**SERVICEFLATRESIDENTIE**  
't Demeryck Hasselt  
St Jozef Tongeren

**DAGZORGCENTRUM**  
De Schakel Tongeren



**CONTACT Co -PARTNER EXPERTISECENTRUM DEMENTIE**



**MANTELZORGHUIS**  
**JONGDEMENTIE**



**KENNISATELIER ARCHIPEL - Psychogeriatrische kennisverbreding en verdieping**

vrijdag 13 juli 2012

## Zorg omtrent het levenseinde

In onze woon- en zorgcentra overlijden ruim 1/3 van onze bewoners. Hiermede is het belang van palliatieve en stervenszorg gesteld. In de beleidsnota: "Nabijheid in kwetsbaarheid" belichten wij onze visie omtrent twee domeinen die te maken hebben met de zorg omtrent het levenseinde. Dit document wil de concrete vertaling zijn naar de dagelijkse praktijk.

De beleidsnota vertrekt van het algemene basisinzicht dat een persoon, die geconfronteerd wordt met lijden en dood, doorgaans existentieel ontredder is en om deze reden moet kunnen terugvallen op gedragenheid en ondersteuning van een (professionele) medemens (blz 2). Het 'nabij zijn in kwetsbaarheid' moet geen theoretisch oefening zijn maar moet dagelijks opnieuw waargemaakt worden. Dit is geen evidente opdracht omdat de courante zorg dikwijls al erg arbeidsintensief is. Als christelijk geïnspireerde voorzieningen worden wij nog meer expliciet en radicaal uitgedaagd: 'realiseren wij onze ambitie om echt nabij te zijn als onze bewoners het moeilijk hebben?' (blz 3).

### Het palliatieve zorgbeleid (blz 4-6).

Op het ogenblik dat het sterven voor bewoners zich binnen afzienbare tijd aankondigt en er geen genezen meer mogelijk is dan wordt de palliatieve zorg ingeleid. Het team zal signalen van toenemende kwetsbaarheid, die doen vermoeden dan het einde nadert, detecteren en deze doorspelen aan de huisarts die finaal de palliatieve fase moet inleiden. Het diensthoofd zal dan spoedig een overleg organiseren met bewoner (indien mogelijk), familie en teamleden om in te zoemen op fysische, psychische en sociale noden ten einde de nodige afspraken te kunnen maken. Ook de eerder besproken 'vroegtijdige zorgplanning', waar de bewoner/familie heeft aangegeven hoe zij het levenseinde ziet (al dan niet opstarten van medische handelingen in de terminale fase) wordt terug ter bespreking gesteld.

Slechts in gevallen waar medisch ingrijpen/interventie zinvol is willen wij bewoners doorverwijzen naar het ziekenhuis. Wij gaan er immers vanuit dat het woon- en zorgcentrum, waar de bewoner omringd is door vertrouwde personeelsleden, een betere plaats is om afscheid te nemen van het leven dan een klinische omgeving (blz. 5).

Bij het intreden van de terminale fase, wanneer het overlijden binnen enkele dagen mag verwacht worden, kan de zorg en aandacht versterkt worden omdat het team over extra zorguren mag beschikken.

Als christelijke voorziening willen wij ook mogelijke spirituele/levensbeschouwelijke behoeften niet vergeten door de pastorale medewerker vrijblijvend en op een schroomvolle wijze aanwezig te stellen.

Wanneer zich in de terminale fase, ondanks goede palliatieve zorgen, lijdenssituaties voordoen van intense pijn, benauwdheid, onrust die niet op klassieke medicatie te behandelen zijn, dan zullen wij via de arts/coördinerend arts de bewoner/familie inlichten over de mogelijkheden van palliatieve sedatie. Hiermede bedoelt men een bewustzijnsverlaging (coma) door te voeren tot op het niveau dat één of meerdere van genoemde symptomen zijn verlicht. Het gaat hier dus om een poging om het lijden te verlichten waarbij de bewoner wel in een situatie van totale passiviteit en willoosheid terecht komt. De eventuele verkorting van het leven dient beschouwd te worden als een ongewild neveneffect (blz. 6).

### Het beleid ten aanzien van euthanasie

Ondanks alle aandacht en zorg kunnen bewoners het leven te zwaar vinden om te dragen: zij stellen een vraag naar actieve levensbeëindiging. Deze vraag dient eerst de wettelijke toets te doorstaan: de bewoner moet *bewust zijn*, het verzoek is *vrijwillig, goed overwogen en herhaaldelijk geuit* en de bewoner moet zich in "een medische uitzichtloze situatie bevinden van aanhoudend en ondraaglijke fysisch of psychisch lijden dat niet kan geledigd worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte, veroorzaakte aandoening".

Het is een exclusieve bevoegdheid van de behandelende arts, in samenspraak met de bewoner, om hier te oordelen (blz. 7).

Vooraleer in te gaan op de twee specifieke zorgsituaties geven wij eerst een algemene oriëntatie weer.

De vraag naar euthanasie blijkt dikwijls een vraag naar hulp te zijn die verder reikt dan de doodswens. De vraag heeft steeds te maken met een ervaren of verwacht gebrek aan levenskwaliteit, veroorzaakt door lichamelijk of psychisch/sociaal lijden. Om deze reden moeten teamleden ontvankelijk zijn voor indirecte signalen of directe vragen zodat de feitelijke vraag uitgefilterd wordt: wat wil de bewoner en spelen wij hier voldoende op in. Bij dit alles zal er bijzondere aandacht gaan uitingen van fysieke pijn maar ook van psychologische, emotionele nood. Onze woon- en zorgcentra staan m.a.w. voor een cultuur van overleg vanuit een open niet veroordelende benadering (blz. 8).

#### Euthanasie in terminale situaties

De voornaamste taak van het team betreft de kritische evaluatie of al het mogelijke in het werk is gesteld bij het aflopen van dit leven. Onze eerste zorg is dus een menselijk verantwoorde stervensbegeleiding. Het feit dat bewoners hun leven als uitzichtloos beschouwen mag op geen enkel ogenblik beïnvloed zijn door onvolkomen zorg. Ervaringen van machteloosheid, zinloosheid, afhankelijkheid, angst voor verlies van controle en pijn, die dikwijls aan de oorsprong liggen van een vraag tot levensbeëindiging, willen wij ondervangen door gerichte humane zorg en aandacht.

Aan personeelsleden, die in een individueel gesprek de vraag naar levensbeëindiging, beluisteren vragen wij dit niet persoonlijk te exploreren maar dit in een breed overleg bespreekbaar te stellen. Het diensthoofd van de afdeling, die een coördinerende opdracht krijgt in dit proces, zal bewoner, familie, huisarts en een teamlid in een overleg samenbrengen om volgende vragen te overlopen:

- wat is het motief voor dit verzoek?;
- welke informatie omvat de vroegtijdige zorgplanning?;
- betreft het een herhaald verzoek?
- zijn er resterende behandelmogelijkheden?
- is voldaan aan de wettelijke criteria?
- En tenslotte: 'hebben wij als woon- en zorgcentrum' al het nodige gedaan?

Op basis van deze informatie, die voor de huisarts een adviserend karakter heeft, kan de arts een meer gefundeerde beslissing nemen.

Het toedienen van euthanica is een exclusieve bevoegdheid van de arts die in geen geval mag gedelegeerd worden aan een verpleegkundige. Indien de bewoner dit wenst en indien het personeelslid hiertoe bereid is dan kan deze bij de voorbereiding, de uitvoering en de direct nazorg aanwezig zijn. Wij beschouwen die als een uitdrukkelijke uiting van onze zorgvisie waarbij 'nabijheid in kwetsbaarheid' voorop staat.

#### Euthanasie bij niet-terminale bewoners

Ten aanzien van euthanasie bij niet-terminale bewoners is er in sommige maatschappelijke en levensbeschouwelijke geledingen een grotere terughoudendheid omdat men vreest voor een aantasting van de 'eerbied voor het menselijk leven'. In de ruime reflectie die aan deze nota vooraf ging werd in een open debat hierover van gedachten gewisseld. Wij zijn van mening dat er inderdaad belangrijke ethische vragen te stellen zijn bij levensbeëindiging in niet-terminale situaties (blz. 10).

Onze organisatie wil bewoners echter op geen enkel ogenblik in de steek laten. Ook hier wensen wij ons te verzekeren of 'alle mogelijke middelen' zijn ingezet. Ons standpunt is dus niet gratuit. Het voornaamste ijkpunt is dus de bekommernis of er geen onvoldane behoeften meer zijn bij de bewoner. Indien in de loop van een proces wordt aangegeven dat dit niet het geval is dan zullen wij, vanuit het belang dat wij hechten aan de christelijke caritas en het geweten, de vraag naar levensbeëindiging respecteren. Onze teamleden kunnen dan handelen volgens de krijtlijnen zoals deze gelden bij 'euthanasievraag bij terminale situaties'.

Abrahams johan, algemeen directeur