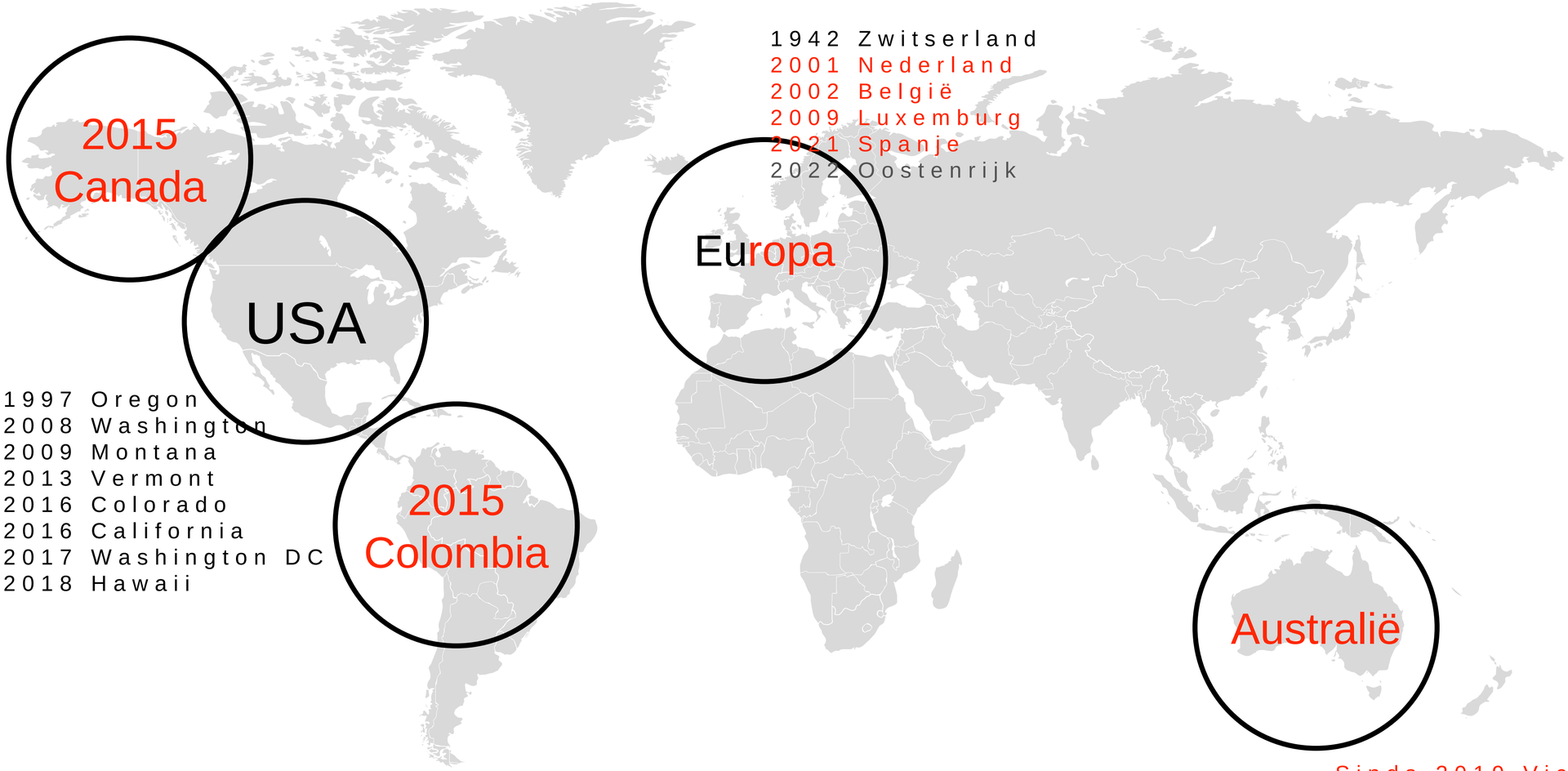
EUTHANASIE WAAR IS HET LEGAAL?

Euthanasie Geassisteerde hulp bij zelfdoding



Sinds 2019 Victoria,
Zuid-Australië, Tasmanië, West Australië
2023 Queensland

HERD
BIG
JOY
WORLD
Live
Create
Enjoy
Have a nice day
Time
OUT
Is
Geen

Is de houding van LEIFartsen veranderd na het euthanasieproces?

Bevraging van LEIFartsen in februari 2021 na het proces Tine Nys

Auteurs
- **Linde Vande Casteele** is stafmedewerker van LEIF (LevensEinde InformatieForum vzw);
- **Wim Distelmans** is professor palliatieve geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel (VUB) en voorzitter van LEIF.

Wat is bekend?
- LEIFartsen zijn artsen met een specifieke opleiding en bijscholing die onafhankelijk advies geven over de problematiek van het levenseinde.
- In 2020 daalde voor het eerst het aantal aangiftes van euthanasie.

Wat is nieuw?
- Het assisenproces over Tine Nys heeft artsen terughoudender gemaakt om in te gaan op euthanasievragen.
- Vooral bij euthanasievragen van niet-terminale patiënten en bij patiënten met psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening, zijn artsen terughoudender.

Inleiding

Het LevensEinde InformatieForum, kortweg LEIF, groepeert artsen (huisartsen en ziekenhuisartsen) over heel Vlaanderen die sinds 2003 een vijfdaagse opleiding volg(d)en over euthanasie.[1] Naast een gedetailleerde uitleg over de wettelijke basis en uitgebreide informatie over voorafgaande zorgplanning komt de praktijk van euthanasie aan bod, alsook de adviesgevende rol als tweede of derde arts die in de wet is ingebed. De vorming wordt vervolgens jaarlijks verdiept tijdens diverse intervisiemomenten. Deze zijn trouwens verplicht om als erkende LEIFarts door het Riziv bekrachtigd te blijven.[2]

LEIFartsen zijn dus bij uitstek vertrouwd met de zorgvuldigheidsvereisten van euthanasie en worden daarom regelmatig ingeroepen om als adviserend arts op te treden of om behandelende artsen te ondersteunen tijdens de gehele procedure. Op dit ogenblik zijn er 542 LEIFartsen actief in Vlaanderen en Brussel. In Franstalig België bestaat sinds 2010 een gelijkaardig netwerk van de zogeheten 'médecins EOL' (End-Of-Life').[3]

De opleiding tot LEIFarts maakt de arts vertrouwd met de problematiek van euthanasie, beslissingen rondom het levenseinde en de mogelijkheden van palliatieve zorg in Vlaanderen. Wanneer LEIFartsen als onafhankelijke artsen worden geraadpleegd, biedt dit een waarborg voor de behandelende arts én zijn patiënt dat er nauwgezet met de problematiek van het levenseinde wordt omgegaan. Op deze wijze ontstaat tussen collega's tevens een vorm van deskundigheidsbevordering.[4]

Een courante misvatting is dat men LEIFartsen kan oproepen om een euthanasie te komen uitvoeren. Wanneer LEIFartsen als tweede of derde arts gevraagd worden bij een euthanasieverzoek, voeren ze deze euthanasie principieel niet uit. Ze geven hierbij wel advies en steun, ook bij andere levenseindebeslissingen.

Daling van het aantal euthanasieaangiftes

In 2020 werden 2444 gevallen van euthanasie geregistreerd, vergeleken met 2656 in 2019.[5] Dat is opvallend aangezien vanaf de aanvang van de wet in 2002 het aantal aangiftes van euthanasie jaar na jaar toenam. Misschien is de verklaring deels te vinden in de coronacrisis. Daarnaast is het niet ondenkbaar dat de impact van het assisenproces van Tine Nys, een 38-jarige vrouw uit Sint-Niklaas met zware psychische problemen, hierbij een rol speelt.

Deze invloed laat zich ook voelen in de gesprekken aan de LEIFlijn, een telefonische hulplijn om een breed publiek over alle aspecten van het levenseinde te informeren.[6] Sinds het proces gaven gevoelig meer mensen aan niet bij hun arts terecht te kunnen met hun euthanasievraag. Ook artsen belden frequenter om een patiënt met een euthanasievraag door te verwijzen. Regelmatig werd het euthanasieproces ingeroepen als verklaring. Dit proces, dat begin 2020 weliswaar tot de vrijspraak van de drie betrokken artsen leidde,

Is de houding van LEIF-artsen veranderd?

- 21% gaf aan dat houding was veranderd
- Niet langer willen meewerken aan beslissingsproces en/of uitvoering euthansie indien patiënt niet terminaal is
- Indien principieel wel bereid: ervaren van hogere drempel
- Sommigen: positieve invloed: uitnodiging tot zorgvuldiger werken en hogere betrokkenheid naasten en zekerheid dat familie akkoord is

Is er meer terghoudendheid bij psychisch lijden?

- Grootste impact bij psychisch lijden tgv psychiatrische aandoening
- 69% voor proces naar 55% na proces (uitvoering)
- 76% voor proces naar 66% na proces (advies)

Is de houding van niet-LEIF-artsen veranderd?

- 78% van de LEIFarten hadden dit oordeel
- 55% gaf aan dit waar te nemen

nrc.nl

Luister naar
11:08

Belgische psychiaters durven bij psychisch lijden amper nog euthanasie te adviseren

België België loopt, met Nederland, internationaal voorop als het gaat om euthanasiewetgeving. Maar de weerstand neemt toe. „Euthanasieverzoeken worden vaker tegengewerkt."

Dennis Boxhoorn 7 juni 2023 Leestijd 6 minuten

Advertentie

Van uitdaging tot oplossing

Steeds efficiënter en aangenamer werken dankzij innovatieve oplossingen

Lees verder →

Meest gelezen

PRO

- Onrechtvaardig om psychiatrische patiënten uit te sluiten
- Psychiatrisch lijden kan zeer ernstig zijn
- Arts dient zich barmhartig op te stellen
- Patiënt heeft recht op waardig levenseinde
- Het voorkomen van een gewelddadige suïcide
- Rekening houden met zelfbeschikking
- Arts heeft een verantwoordelijkheid voor het welzijn van de patiënt (goed levenseinde)

CONTRA

- De tegenoverdracht in het uitklaren van een euthanasieverzoek
- Conflicten tussen behandeldoelen en levensbeëindiging
- Problemen met toepassen wettelijke zorgvuldigheidsvereisten
- Druk door patiënt of familie
- Moeilijk onderscheid tussen euthanasie en suïcidaliteit

Onwuteaka –Philipsen, 2017)

DOEN OF NIET DOEN: GEWETENSCLAUSULE

Birgitta

28 jaar

Diagnose: chronische depressie sinds 10 jaar

P: Dokter al 10 jaar heb ik een depressie. Dit is geen leven. Niks helpt. Ik wil euthanasie.

D: Birgitta de medicatie en therapie die je nu hebt gevolgd hebben een wisselend effect. Het is belangrijk dat we starten met lithium.

P: Dat zout, daar heb je me al over verteld dat wil ik niet. Ik wil euthanasie.

Patiënte stelt een euthanasieverzoek omwille van een depressie maar wilt geen extra behandeling. Wat moet de arts doen?

Birgitta

28 jaar

Diagnose: chronische depressie sinds 10 jaar

P: Dokter al 10 jaar heb ik een depressie. Dit is geen leven. Niks helpt. Ik wil euthanasie.

D: Birgitta, euthanasie daar kan ik niet meer om. Ik kan dit niet met mijn geweten verzoenen ook al kom je er voor in aanmerking.

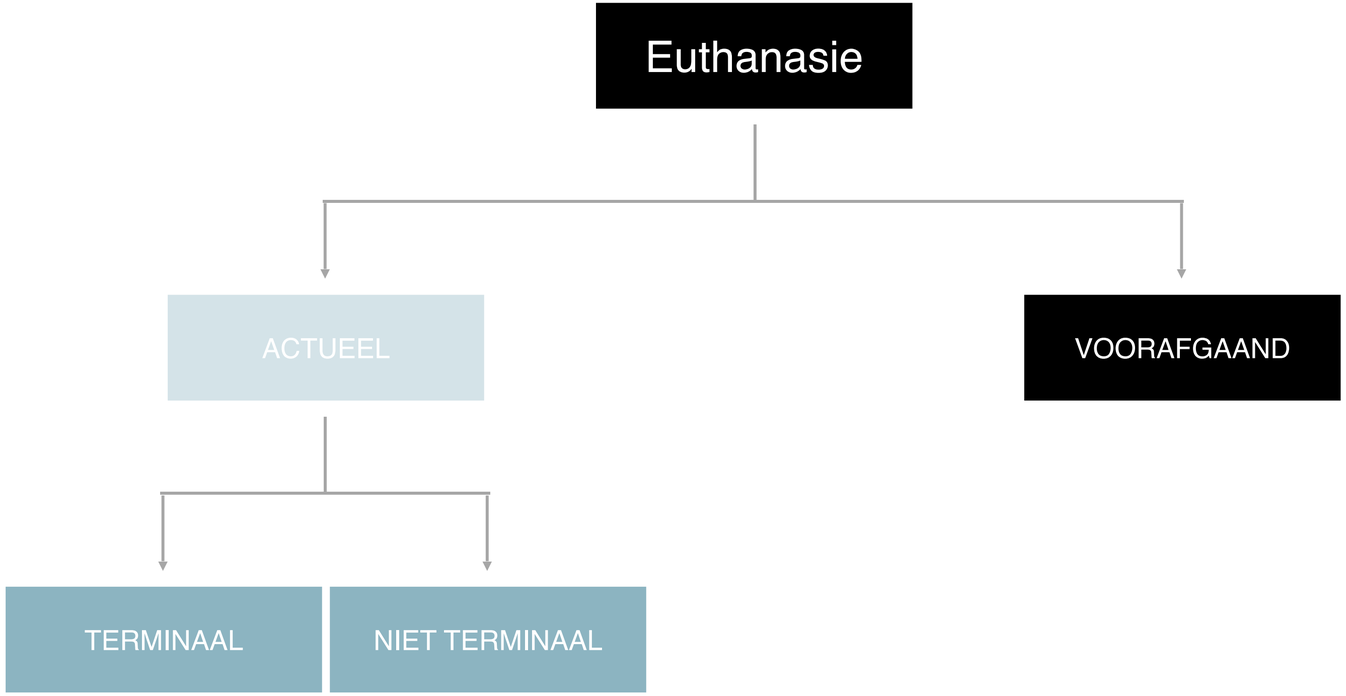
P: Dus er gaat nu niks gebeuren?

Patiënte stelt een euthanasieverzoek omwille van een depressie maar arts heeft gewetensbezwaren. Wat moet de arts doen?

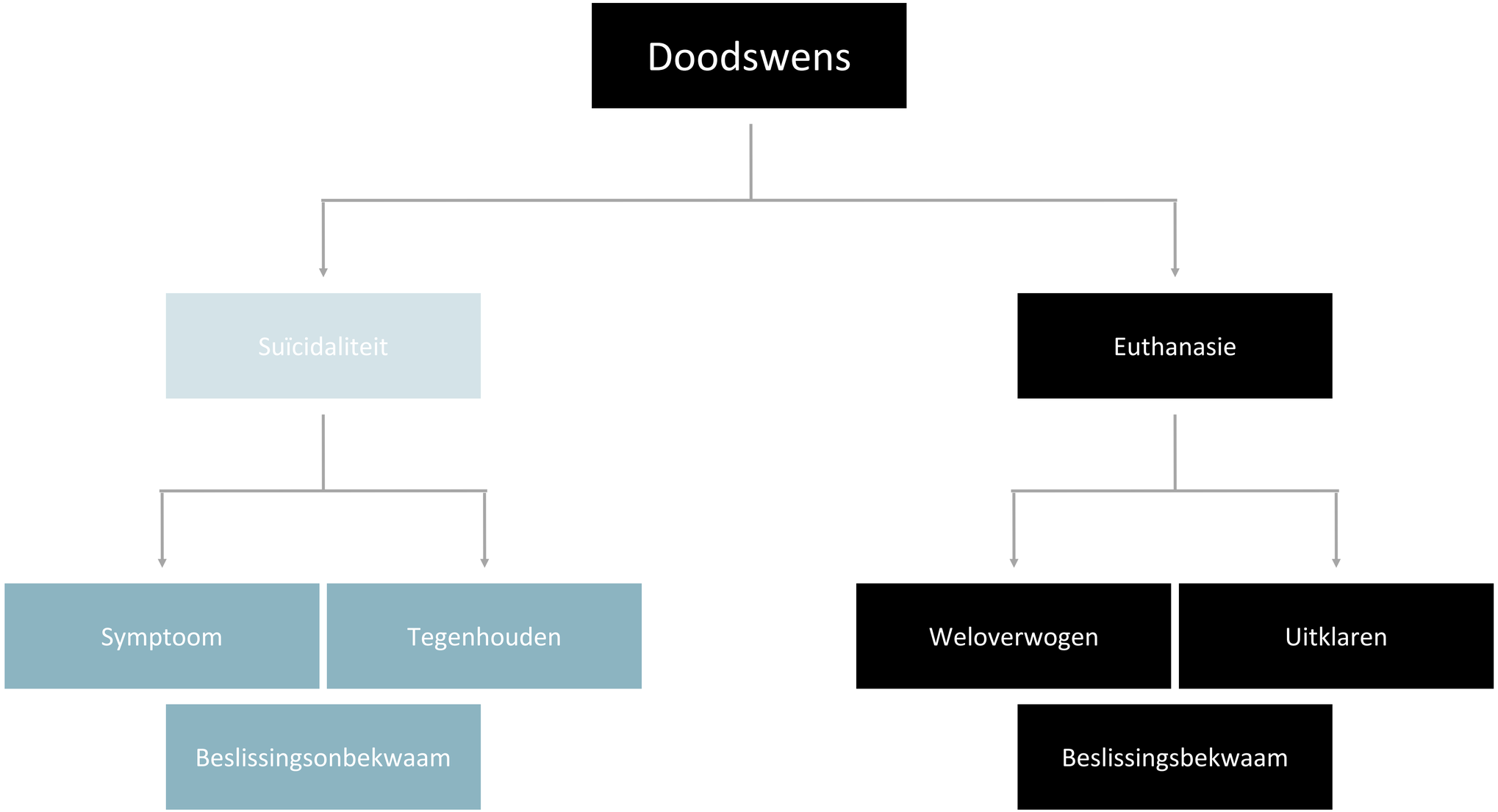
DOEN OF NIET DOEN: GEWETENSCLAUSULE

- Art. 14 verzoek tot euthanasie heeft geen dwingende waarde
- Euthanasie is **GEEN RECHT**
- Bezwaar op medische grond of op grond van gewetensvrijheid
- Wetswijziging 15 maart 2020:
  - Tijdige informatieverstrekking `
  - Motivering
  - Doorverwijsplicht

WET EUTHANASIE 2002



DOODSWENS


Doodswens
Suïcidaliteit
Euthanasie
Symptoom
Tegenhouden
Beslissingsonbekwaam
Weloverwogen
Uitklaren
Beslissingsbekwaam

De rationele doodswens

- geen impulsieve actie door acute psychologische stress of acute psychose
- suïcidegedachten niet door imperatieve hallucinaties of paranoïde waan
- realistische taxatie van de huidige omstandigheden en toekomstige verwachtingen
- zicht op alternatieven, opties en kosten en dito voor huidige beslissing
- oorzaak suïcidaliteit niet direct gelinkt aan een behandelbare conditie
- ondraaglijk lijden
- realistisch kijk op de dood

Hewitt, Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate?, 2013

3 types van doodswensen weerhouden bij patiënten met een psychiatrische aandoening

- impulsieve suïcidaliteit
- chronische suïcidaliteit
- rationele doodswens

onderscheid

- onderdeel van psychopathologie?
- consistent over de tijd?
- behandelbaar?

Art. 3.§ 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

- [[1] de patiënt een handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, of nog een oordeelsbekwame minderjarige is en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;][1]
- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;
- de [[1] meerderjarige of ontvoogde minderjarige][1] patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt 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;
- [[1] - de minderjarige patiënt die oordeelsbekwaam is, zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden en dat binnen afzienbare termijn het overlijden tot gevolg heeft, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoe-ning;][1]

en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

Inhoudelijke voorwaarden

VERZOEKER	Meerderjarig of ontvoogde minderjarige
	Handelingsbekwaam
	Bewust op het ogenblik van het verzoek
VERZOEK	Vrijwillig
	Overwogen
	Herhaald
	Geen externe druk
GEZONDHEIDSTOESTAND	Door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening
	Ernstig en ongeneeslijk
	Aanhoudend fysiek of psychisch lijden
	Ondraaglijk fysiek of psychisch lijden
	Lijden kan niet gelenigd worden

Procedurele voorwaarden

- Het informeren van de patiënt
  - Gezondheidstoestand
  - Levensverwachting
  - Therapeutische mogelijkheden
  - Palliatieve mogelijkheden
  - De gevolgen
  - Diagnose
  - Prognose
- Het onderzoeken of aan alle inhoudelijke voorwaarden is voldaan
- Het euthanasieverzoek bespreken met andere personen
  - Verpleegkundig team
  - Naasten
  - Er zeker van zijn dat patiënt de kans heeft gehad zijn verzoek te bespreken

Procedurele voorwaarden

- Het raadplegen van een andere arts
  - Niet patiënt maar arts vraagt onafhankelijk advies
  - Onafhankelijk tov adviesvragend arts en patiënt
  - Geraadpleegde arts bevoegd om over de aandoening te oordelen
  - Patiënt onderzoeken en medisch dossier bekijken
  - Ernst, ongeneeslijke, lijden en het niet te lenigen
  - Verslag naar adviesvragend arts
- Het bijhouden van een medisch dossier
- Nagaan of het verzoek op schrift is gesteld
- Het raadplegen van een tweede arts
  - Verzoek vrijwillig, weloverwogen en herhaald
- Het respecteren van een wachttermijn

Bertrand

83 jaar

Diagnose: polyartrose, macula degeneratie, paniekstoornis

P: Dokter het leven zegt me niks mee. Ik ben te oud om te leven, ik wil sterven, ik wil euthanasie.

D: Wat zorgt er voor dat je om euthanasie vraagt?

P: Wel, het leven, het stelt niks meer voor, ik beteken niks meer, voor wie moet ik er nog zijn.

D: Je bent het leven moe.

P: Ja

D: En zorgen de lihamelijke ongemakken er voor dat je wens te sterven.

P: Comfortabel is het niet maar mochten die er niet zijn zou ik toch willen sterven

Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017 p. 17

- Er moet een causaal verband zijn tussen de medisch gediagnosticeerde somatische en/of psychiatrische aandoening en het lijden

Anna

34 jaar

Diagnose: anorexia nervosa van het beperkende type

“Dokter al 20 jaar heb ik een eetstoornis: mijn schildklier werkt niet meer, mijn darmen functioneren nooit meer normaal, ik ben onvruchtbaar, ik heb botontkalking met ingedeukte wervels en kan niet meer zitten of bewegen door de pijn.”

Patiënte stelt een euthanasieverzoek omwille van een eetstoornis dat zorgt voor ondraaglijk fysiek lijden.

Karel

56 jaar

Diagnose: MS

“Dokter psychisch is dit niet meer vol te houden, voor alles heb ik hulp nodig en ik kan bijna niet meer beslissen wanneer de hulp dan nog eens komt. Dit is geen leven en beterschap zit er niet in.”

Patiënt stelt een euthanasieverzoek omwille van MS dat zorg voor ondraaglijk psychisch lijden zorgafhankelijkheid, autonomieverlies en mensonwaardigheid.

1. PSYCHISCH LIJDEN BETEKENT NIET DAT ER EEN PSYCHIATRISH ZIEKTEBEELD AANWEZIG IS

2. SOMATISCH LIJDEN KOMT OOK VOOR BIJ PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

2022

116 500 OVERLIJDENS

2966 EUTHANASIE

26 PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

Euthanasie en psychiatrie

De groep Broeders van Liefde in België

Visie op euthanasie bij psychisch lijden in een niet-terminale situatie. Maart 2017.

Belgisch raadgevend comité voor Bio-ethiek

Advies nr. 73 van 11 september 2017 betreffende euthanasie in geval van niet-terminale patiënten, psychisch lijden en psychiatrische aandoeningen.

De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

Adviestekst over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten december 2017. Hoe omgaan met een euthanasie-verzoek in de psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader.

Commissie voor Ethiek van Zorgnet-Icuro

Advies: Levenseindezorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. 23 januari 2018.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Richtlijn: Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. 1 september 2018.

Orde der artsen

Deontologiscje richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening. 27 april 2019

BEHANDELEND ARTS

WET	Is arts die de euthanasie toepast
VVP	Is arts die het in overweging neemt de euthanasie uit te voeren
ORDE	-
ZORGNET-ICURO	Arts en hulpverlend team
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	Indien het tot uitvoering komt dient deze arts minstens aanwezig te zijn bij de uitvoering

AANTAL ADVIEZEN

WET	2 onafhankelijke adviezen
VVP	2 positieve adviezen en negatieve adviezen meenemen in de overweging
ORDE	-
ZORGNET-ICURO	-
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	-

PSYCHIATER

WET	1 psychiater als onafhankelijk arts
VVP	2 psychiaters betrokken
ORDE	2 psychiaters raadplegen
ZORGNET-ICURO	2 psychiaters raadplegen
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	-

EERSTE GERAADPLEEGDE ARTS

WET	- Ernst en ongeneeslijke aard van de aandoening - Vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk lijden dat niet kan gelenigd worden
VVP	Alle zorgvuldigheidsvereisten nagaan
ORDE	-
ZORGNET-ICURO	-
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	-

TWEEDE GERAADPLEEGDE ARTS

WET	- Vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk lijden dat niet kan gelenigd worden - Vrijwilligheid - Overwogenheid - Herhaald karakter
VVP	Alle zorgvuldigheidsvereisten nagaan
ORDE	-
ZORGNET-ICURO	-
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	-

VERPLEGEND TEAM

WET	Verplegend team dat in regelmatig contact staat
VVP	Alle belangrijke hulp- en zorgverleners, eventueel ook relevante zorgverleners die bij eerdere behandelingen betrokken waren
ORDE	-
ZORGNET-ICURO	-
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	-

NAASTEN

WET	Naasten indien patiënt dit wenst
VVP	Familie en belangrijke derden tenzij gegronde redenen om dit niet te doen. Minimaal één persoon uit de omgeving van de patiënt die door patiënt wordt aangewezen
ORDE	Arts moet patiënt aansporen Onderschrijven richtlijn VVP
ZORGNET-ICURO	Relevante derden deelnemen aan interpretatieve dialoog Interpersoonlijke overeenstemming
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	Relationele autonomie

DRUK VAN DERDEN

WET	Geen externe druk
VVP	Waken over impiciete en expliciete druk
ORDE	-
ZORGNET-ICURO	Dwingende externe of interne invloeden
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	-

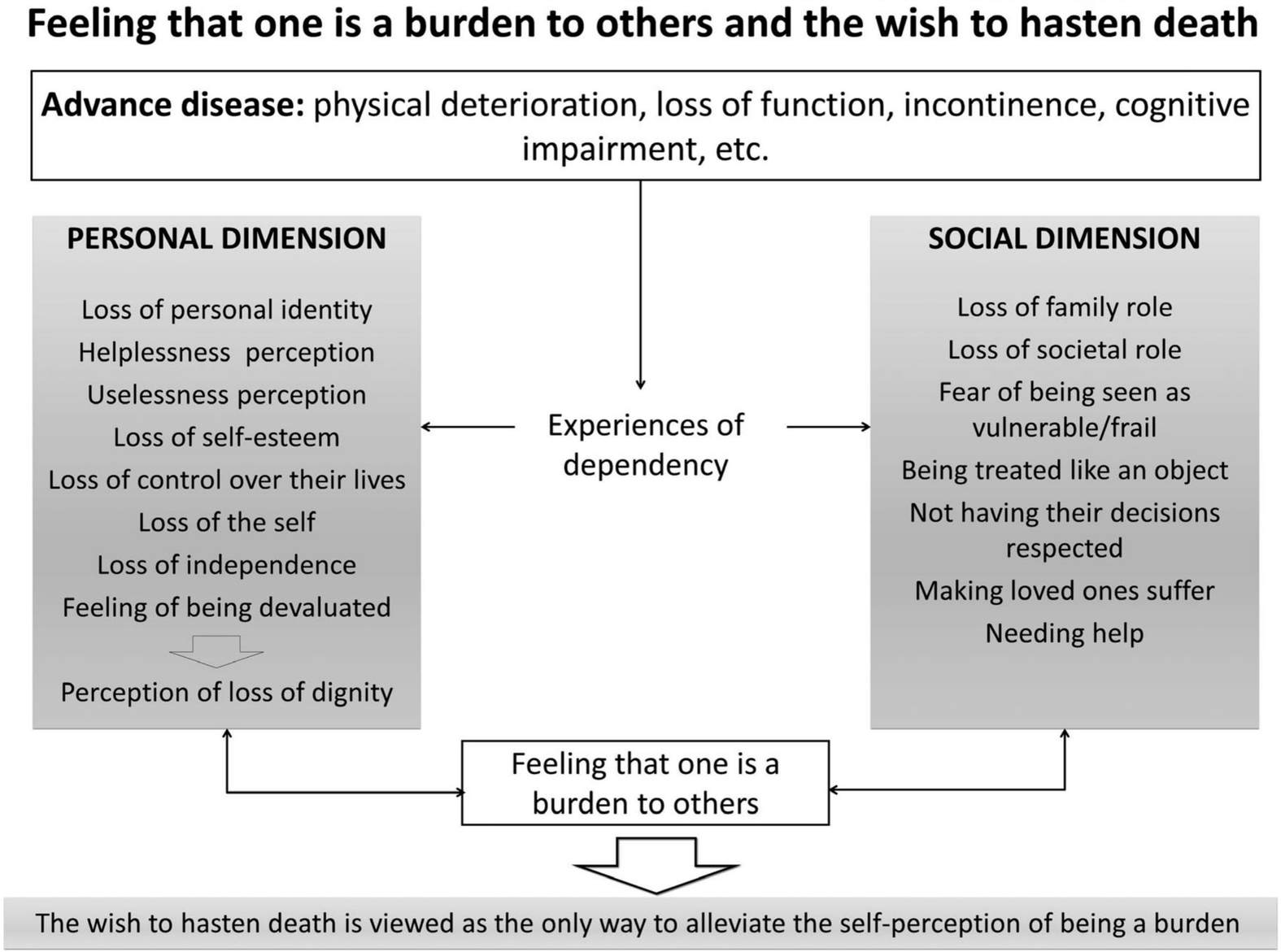


FIGURE 2 Feeling that one is a burden to others and the wish to hasten death

EINDBESLISSING

WET	Bij patiënt en uitvoerend arts
VVP	Idealiter rond tafel
ORDE	Minstens 3 artsen moeten fysiek samenkomen en verslag van gezamenlijk besluit opstellen
ZORGNET-ICURO	-
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	-

TERMIJN BIJ NIET UITVOEREN

WET	-
VVP	Bij niet uitvoering na 1 jaar terug consultatie bij de geraadpleegde artsen
ORDE	-
ZORGNET-ICURO	-
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	-

WACHTTIJD

WET	1 maand
VVP	Veel langer gezien de werkzaamheden
ORDE	Voldoende langdurige periode
ZORGNET-ICURO	1 jaar
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	Geen concensus, deel van de leden willen 1 jaar en deel van de leden wilt 1 maand behouden

TWEE-SPORENBELEID

WET	-
VVP	Focus op sterven en leven (herstelvisie)
ORDE	-
ZORGNET-ICURO	Focus op sterven en leven (herstelvisie, crustatieve zorg, etc;)
COMITE VOOR BIO-ETHIEK	-

Josefien

68 jaar

Diagnose: chronische ernstige psychotische stoornis van het paranoïde type

Is deze patiënte wilsbekwaam?

WILSBEKWAAMHEID

CONSENSUS (Ruissen, 2011)

- Wilsbekwaam tot het tegendeel bewezen is
- Wilsbekwaamheid is taakspecifiek
- Beoordelen van de besluitvorming en niet beoordelen van het besluit
- Dynamisch kan variëren in tijd en per situatie (niet categorisch)

PATERNALISME (Dembo, 2018)

- “beneficence principle”
- “weak or soft” versus “strong”

DECISION MAKING CAPACITY (Doernberg, 2016)

- Understanding of facts (begripsvermogen)
- Applying those facts to self (toepassen)
- Weighing/reasoning (afwegen, beredeneren)
- Evidencing choise (maken en uitdrukken van consistente keuze)

STAND VAN ZAKEN

Is mijn patiënt wilsbekwaam? Volg de leidraad

Christiaan H. Vinkers, Gerrit B. van de Kraats, Monique C. Biesaart en Joeri K. Tijdink

De autonomie van elke patiënt is van groot belang. Soms is het onduidelijk of een patiënt wilsbekwaam is om over zijn behandeling te beslissen.

In principe beoordeelt de behandelend arts de wilsbekwaamheid van zijn of haar patiënt.

Een wilsbekwaamheidsbeoordeling is altijd een medische en geen juridische beslissing.

Overwegingen over wilsbekwaamheid moeten concreet en systematisch in het patiëntendossier genoteerd worden en de wilsbekwaamheid dient periodiek geëvalueerd te worden.

Oók als een patiënt wilsonbekwaam is ten aanzien van een medische beslissing moet gezocht worden naar de optimale behandeling die proportioneel, doelmatig en het minst ingrijpend is.

Het kan zinvol zijn een psychiater bij de beoordeling te betrekken als tweede en onafhankelijke beoordelaar van de

MEDISCH UITZICHTLOOS

“Medisch uitzichtloos” = objectief

Geen redelijk behandelperspectief vanuit medisch psychiatrisch perspectief

- Zicht op verbetering bij adequate behandeling
- Binnen een overzienbare termijn
- Met redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt

Medisch-wetenschappelijk: bio-psycho-sociaal

Referentiepunt: richtlijnen en consensus-documenten

ONDRAAGLIJK LIJDEN

“Ondraaglijk lijden” = subjectief = kan voor een ander nooit volledig invoelbaar zijn

Psychiater kennis nemen van velerlei aspecten van het lijden en van de factoren die het al dan niet draaglijk maken

Evaluatie door herhaalde gesprekken, observatie en onderzoek van de patiënt

Bijzondere aandacht voor voorgeschiedenis en levenscontext

scen

een programma van knmg

Schema ter beoordeling van het lijden

Dit schema, ontworpen door SCEN-arts en filosoof Gerrit Kimsma, biedt SCEN-artsen een methode om het lijden van de patiënt in kaart te brengen bij verzoeken om levensbeëindiging. De duidelijke opbouw maakt het verloop in de tijd zichtbaar en ook de manier waarop de patiënt zelf ondraaglijkheid ervaart.

Bij het stellen van een medisch oordeel over het lijden moet de argumentatie een bepaalde opbouw en structuur hebben. Het beoordelen van ondraaglijk lijden bij een verzoek om levensbeëindiging is een van de belangrijkste onderdelen van het proces van euthanasie, voor de behandelend artsen en hun consulenten.

1 Lijden en tijd

1.1 Actueel lijden

1.1.1 Huidige aspecten

- *Huidige klachten en symptomen*
  Checklist synchrone aspecten: angst, ascites, blaasretentie, cachexie, darmobstructie, decubitus, dehydratie, depressie, diarree, droge mond, dysfagie, hik, hoesten, jeuk, koorts, kortademigheid, misselijkheid, obstipatie, pijn (lokalisaties/vormen), slaapstoornissen, urine-/fecesincontinentie, verwardheid, andere symptomen.
- *Huidig functieverlies*
  Checklist ADL-/communicatiefuncties: staan, lopen, zelfredzaam bij kleden, wassen, eten, drinken, toiletbezoek, spreken, horen, zien, schrijven, bewustzijn, concentratie. Wat is de betekenis van het functieverlies voor deze patiënt?

1.1.2 Aspecten door de tijd

- *Klachten en symptomen door de tijd*
  Welke klachten zijn verergerd en zullen verergeren? Hoe beleeft de patiënt die verergering?
- *Functieverlies door de tijd*
  Welk functieverlies zal stabiliseren of alleen maar verder gaan? Hoe beleeft de patiënt dit?

1.2 Toekomstig lijden

Welk toekomstig lijden? Waarop is dit gebaseerd? Is dit reëel? Is dit lijden behandelbaar? Zo ja, is het reëel deze behandeling voor te stellen aan de patiënt? Zo nee, waarom niet? Is er sprake van een behandelweigering en is die weigering reëel gezien de te verwachten effecten?

2 Lijden en persoonlijkheid

Hoe schetst de patiënt het eigen karakter? Welke klachten vindt de patiënt het ergst en waarom?

3 Lijden en persoonlijkheid-in-de tijd (biografie)

Is de patiënt religieus? Welk beroep heeft de patiënt uitgeoefend? Welke ziekte-ervaringen?
Welke betekenis heeft dat verleden voor deze patiënt (verlies van partners, geweldservaringen)?

4 Omgeving

Woonsituatie, mantelzorg ondersteuning, hulpbehoefte versus zorgbereidheid, draagkracht versus draaglast van patiënt en omgeving, ook gezien de ziekteduur.

BASISREGEL

- Neem het verzoek om euthanasie serieus
- Patiënt heeft de hoop op een beter leven opgegeven
- Geruststellen door te zeggen dat men bereid is hulp te bieden MAAR dat men moet onderzoeken of aan de zorgvuldigheidsvereisten wet euthanasie is voldaan
- Hulp biedt hoop en vertrouwen en rust om een gesprek te voeren (over euthanasie en over andere opties)

www.euthanasieindepsychiatrie.nl

WAT HEB JE ALS HULPVERLENER NODIG IN JE GEREEDSCHAPSKIST ?

1. Zelfreflectie
2. Zelfkennis
3. Je kwetsbaar durven opstellen
4. Eigen grenzen kennen
5. Kennis

Ik maak er een eind aan. Over psychiatrie, een doodswens en de rol van de hulpverlener. Moniek Van Der Krogt. Journal of Social Intervention: Theory and Practice. 2011, Vol 20, Issue 4.

ULTIMUM REMEDIUM (NL & B)

- Laatste optie (Marijnissen & Titeca, 2022)
- Euthanasie brede steun onder grootste deel van de bevolking (Van Delden, 2011 en Cohen, 2013, 2014)
- Terughoudenheid ten aanzien van euthanasie op psychische gronden (Kouwenhoven, 2013)
- Terughoudenheid neemt af bij algemene bevolking, maar is bij artsen, nog steeds aanwezig (Onwuteaka-Philipsen, 2017 en Smets, 2011)
- Bezorgdheid over de euthanasiepraktijk (Lerner & Caplan, 2015)
- Slippery slope

Handboek psychiatrie in de laatste levensfase

Boom psychologie & psychiatrie