



PRAKTIJKLEIDRAAD BEGELEIDING VAN EEN EUTHANASIETRAJECT

EEN HOUVAST VOOR ARTSEN EN ANDERE
ZORGVERLENERS BIJ HET ONDERSTEUNEN
VAN PATIËNTEN EN HUN NAASTEN,
GEBASEERD OP PRAKTIJK- EN ZORGNODEN

VERSIE 1.0
28 MEI 2025

COLOFON

AUTEURSGROEP

Dr. Romy Van Rickstal (hoofdauteur)
Dr. Stijn Vissers (uitvoerend onderzoeker)
Prof. dr. Kenneth Chambaere (projectleider)

PROJECTGROEP

Dr. Leen Van Brussel
Dr. Sigrid Dierickx
Prof. dr. Luc Deliens
Prof. dr. Joachim Cohen

MET DANK AAN DE ORGANISATIES DIE FINANCIËLE STEUN BODEN VOOR DE ONTWIKKELING VAN DE LEIDRAAD

deMens.nu

Universitair Ziekenhuis Gent

Faculteit Geneeskunde & Gezondheidswetenschappen, UGent

Maatschappelijk Valorisatiefonds UGent

Recht op Waardig Sterven vzw

Unie Vrijzinnige Verenigingen vzw

CO-CREATIEGROEP

Boven Charlotte

Claeys Annick

Cosyns Marc

Coupez Veerle

Decoster Lore

De Deyn Peter

De Laat Martine

de Meyere Annemarie

Derycke Noël

Engelen Marieken

Hermans Annelies

Huysmans Gert

Meerbergen Els

Okerman Gerda

Pauwels François

Proot Luc

Pype Peter

Van Den Noortgate Nele

Verbeeck Bea

Verhaert Rigo

Viaene Annick

Watteyn Geert

VORMGEVING

Chiara Verschaeren

CONTACT

endoflifecare@vub.be

End-of-Life Care Research Group
Campus VUB Jette
Gebouw K, 1e verdieping
Laarbeeklaan 103
1090 Brussel
België

End-of-Life Care Research Group
Campus Universitair Ziekenhuis Gent
Ingang 42 (K3), 6e verdieping
Corneel Heymanslaan 10
9000 Gent
België



BESTE LEZER,

Dit document is een praktijkleidraad voor het doorlopen van een euthanasietraject, waarbij bijzondere aandacht wordt besteed aan hoe de patiënt en zijn/haar naasten te ondersteunen. De auteurs trachten met name het euthanasietraject te belichten vanuit ‘menselijke kant’.

Vanwege deze betrachting, start deze leidraad met een hoofdstuk over de ondersteuning van patiënten en naasten doorheen een euthanasietraject. Daarna volgen vier onderdelen; meer bepaald over multidisciplinair werken, de uitklaring van een euthanasieverzoek, het uitvoeren van euthanasie en ten slotte zelfzorg voor artsen. Opdat elk hoofdstuk onafhankelijk geraadpleegd kan worden, is er bewust voor gekozen om – doorheen de onderdelen – de belangrijkste handvatten ter ondersteuning van patiënten en naasten te herhalen. Afgezien van het wettelijk kader, zijn de suggesties niet bedoeld als rigide instrumenten: de klinische expertise van artsen zal uiteraard toelaten om de richtlijn in de praktijk om te zetten naar eigen aanvoelen.

In de leidraad wordt ingespeeld op de gekende onzekerheden die leven in de praktijk, en bij uitstek wanneer sprake is van een euthanasie in de thuissetting. Hoewel de specifieke aanbevelingen voor een setting zoals een ziekenhuis of woonzorgcentrum beperkt zijn, menen we dat veel van de adviezen toepasbaar zijn over contexten heen en dat de leidraad de euthanasiepraktijk bestrijkt in haar totaliteit en een bredere focus kent dan louter technische aspecten. Dit geldt ook voor andere professionals: hoewel opgesteld met voornamelijk artsen als doelpopulatie, is de leidraad ook geschikt en interessant voor andere professionele zorgverleners die betrokken zijn in de euthanasiepraktijk. De auteurs menen dat het doornemen van de leidraad voor de professional tijdbesparend kan blijken.

In dit document vindt u handvatten die voortvloeien uit een veelheid aan wetenschappelijk onderzoek (waaronder interviewstudies met patiënten en naasten) en consultatie van ervaren praktijkexperten. Deze consultatie bestond meer bepaald uit een intensief co-creatief proces, waarbij experts uit verscheidene disciplines in verschillende rondes de leidraad hielpen optimaliseren. Wanneer er voor bepaalde specifieke onderwerpen toonaangevende richtlijnen bestaan, willen we als doorgeefluik dienen en u hiernaar doorverwijzen (zo bijvoorbeeld voor uitgebreide richtlijnen voor euthanasie bij dementie of bij psychiatrisch lijden). Adviezen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en expert input, en vervangen geenszins de wettelijke teksten. Dit document heeft geen wettelijke status en betreft louter een aanvulling. De arts wordt verondersteld de wet te kennen. Gelieve er bij het lezen bovendien bewust van te zijn dat dit document betrekking heeft op de Belgische wettelijke context.

Ingeval van opmerkingen omtrent de leidraad, gelieve niet te twijfelen om ons dit te laten weten! Dit kan via mail naar endoflifecare@vub.be. De auteurs willen van de leidraad graag een ‘levend’ document maken, dat periodiek wordt aangepast op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten, feedback van de gebruikers en nieuwe bronvermeldingen en links die in de praktijk relevant zijn.

Voor de leesbaarheid wordt de patiënt in dit document veelal aangeduid als ‘hij’/ ‘zijn’. Hierbij wil men uiteraard ook ‘zij’/ ‘haar’ includeren.

INHOUDSTAFEL

ONDERSTEUNING VAN PATIËNTEN EN NAASTEN	6
Algemene belangrijke vaardigheden als arts	6
PATIËNTGERICHTE ONDERSTEUNING	7
Psycho-educatie	7
Zorgcontinuïteit	8
Patiëntautonomie	8
Betrekken van naasten	8
BELANG VAN ZOWEL APARTE ALS GEZAMENLIJKE GESPREKKEN MET PATIËNTEN EN HUN NAASTEN	9
Psychologische en existentieel-spirituele zorg	10
Existentiële behoeften van patiënten	10
ONDERSTEUNEN VAN NAASTEN	11
Het betrekken van naasten en de timing ervan	11
Psycho-emotionele ondersteuning	12
Betrokkenheid van kinderen	12
Nazorg	13
EEN MULTIDISCIPLINAIRE BENADERING	14
DE UITKLARING VAN EEN EUTHANASIEVERZOEK	16
Schets van de wettelijke achtergrond	16
Voorwaarden	17
Euthanasie is geen recht	18
Weigeren van het verzoek	18
Doorverwijsplicht	19
Het betrekken van naasten in het euthanasietraject	20
Het betrekken van andere professionals in euthanasietraject	20
Procedurele stappen doorheen uitklaring	21
Schriftelijk verzoek	21
Palliatieve zorg doorheen het euthanasietraject	22

Vrijwillig en weloverwogen verzoek	22
Onafhankelijkheid van tweede en derde arts	23
Tegenstrijdige adviezen onder geraadpleegde artsen	24
Ondraaglijk en uitzichtloos lijden	24
Wilsbekwaamheid	24
Psychisch lijden	25
DE UITVOERING VAN EUTHANASIE	27
Vastleggen tijdstip van uitvoering	27
Uitleggen hoe de eigenlijke uitvoering gebeurt	27
Praktische voorbereidingen	28
Emotionele ondersteuning en tips	28
Praktische voorbereiding: tips voor naasten	29
Uitvoering in het woonzorgcentrum	29
Uitvoering in het ziekenhuis	30
Betrekken andere zorgverleners	30
Administratieve taken	30
Medisch-technische handelingen	31
Andere dan (strikt) medische handelingen bij uitvoering	33
Aangifte na de uitvoering	34
ZELFZORG ARTSEN	35
LITERATUURLIJST	36

ONDERSTEUNING VAN PATIËNTEN EN NAASTEN

ALGEMENE BELANGRIJKE VAARDIGHEDEN ALS ARTS

Overkoepelend, wijzen we vooreerst op het belang om als behandelend arts volgende vaardigheden en handelingen te ontwikkelen en toe te passen doorheen het euthanasietraject:

PALLIATIEVE DESKUNDIGHEID. Het mag door patiënten en hun naasten verwacht worden dat het behandelend team, zowel door ervaring als door bijscholing, beschikt over deskundigheid op de verscheidene domeinen van (levenseinde)zorg: fysieke pijn- en symptoombestrijding, psychologisch-emotionele ondersteuning, aandacht voor sociale aspecten en ondersteuning op het spiritueel-existentiële domein. Degelijke palliatieve zorg biedt garantie voor zorgvuldigheid in het omgaan met euthanasie(verzoeken). Advies inwinnen van een gespecialiseerd palliatief team vormt een grote meerwaarde in een euthanasietraject.¹

Zorg dat je **ACTIEF LUISTERT** naar de patiënt en naasten, zodat ze zich gehoord en begrepen voelen. Sta open voor hun gevoelens, zorgen en vragen op een geduldige wijze. **MAAK DUS TIJD** voor de gesprekken.

PROACTIEVE BENADERING. Wees proactief in het aanpakken van de behoeften en zorgen van de patiënt en naasten. Zorg ervoor dat er concrete stappen worden ondernomen om hen te ondersteunen.

Geef **DUIDELIJKE EN TRANSPARANTE INFORMATIE**, in begrijpelijke taal, over het euthanasieproces. Heldere communicatie is onontbeerlijk opdat alle betrokkenen volledig geïnformeerd zijn.

HANDEL EMPATHISCH en toon medeleven t.a.v. patiënten en hun naasten. Probeer je in te leven in het emotionele en fysieke lijden van de patiënt.

EVALUEER de keuzes en gevoelens van de patiënt en naasten **ZONDER OORDEEL** en toon begrip. Erken en valideer hun ervaringen en de moeilijke keuzes waarvoor ze staan.

TEMPORISEREN. Neem de tijd om het verzoek zorgvuldig en volledig te bespreken. Zorg dat je de context en achtergrond van het verzoek om euthanasie volledig begrijpt voordat je conclusies trekt.

ZET IN OP SERENITEIT doorheen het euthanasietraject.

PATIËNTGERICHTE ONDERSTEUNING

Patiëntgerichte ondersteuning in het euthanasietraject houdt in dat de **behandelende arts erop toeziet dat zorg en ondersteuning afgestemd worden op de normen, waarden, voorkeuren, wensen en verwachtingen van elke individuele patiënt**. Zowel de initiële, als de herhaaldelijke bevraging van dergelijke persoonsafhankelijke kenmerken zijn cruciaal doorheen het euthanasietraject, daar waar deze dynamisch zijn van aard en bijgevolg kunnen evolueren doorheen de tijd, mede naarmate de fysieke gezondheid verslechtert.

Goede voorlichting van patiënten houdt in dat zij volledig geïnformeerd worden over de procedure, de wettelijke zorgvuldigheidseisen en de mogelijke gevolgen van euthanasie.

Het opbouwen van een vertrouwensrelatie doorheen het euthanasietraject (bijvoorbeeld door eerlijke en open communicatie, nauwkeurige en regelmatige opvolging, etc.), zowel met patiënten als naasten, is essentieel voor het bespreekbaar maken van gevoelige onderwerpen. De toepassing van (communicatieve) vaardigheden zoals opgenomen in de CanMEDS rollen kunnen hierbij als uitgangspunt dienen.²

PSYCHO-EDUCATIE

Duidelijke, rechtlijnige en open informatie voor de patiënt is van groot belang doorheen het euthanasietraject. Goede praktijken daaromtrent zijn:

Leg de wettelijke criteria voor euthanasie uit in **EENVOUDIGE, BEGRIJPelijke TAAL**.

Informeer de patiënt dat **EEN TWEEDE EN EVENTUEEL DERDE ARTS EEN ADVIES MOET GEVEN** en hiervoor een medisch onderzoek zal doen en/of de patiënt zal bevragen.

Leg uit dat een **MONDELING VERZOEK OF EEN SCHRIFTELIJKE WILSVERKLARING** inzake euthanasie **GEEN RECHT GEEFT OP EUTHANASIE**.

Geef een **DUIDELIJKE UITLEG OVER DE PROCEDURE VAN EUTHANASIE**, inclusief de stappen die genomen zullen worden en wat de patiënt kan verwachten (zie uitgebreider in onderdeel 'uitvoering van euthanasie').

Indien **NAASTEN BETROKKEN** worden in het euthanasietraject (zie verder), is het raadzaam ook **HEN VAN DEZE INFORMATIE TE VOORZIEN**.

Ook is communicatie best laagdrempelig; geef de patiënt en/of naaste contactgegevens waarmee zij u vlot kunnen bereiken. Om te vermijden dat u enkel digitaal bereikbaar bent, geeft u bij voorkeur (ook) een telefoonnummer waarop mensen u kunnen contacteren.

ZORGCONTINUÏTEIT

Faciliteer continuïteit van zorg (bv. in de mate van het mogelijke dezelfde zorgverleners doorheen het traject), aangezien dit bijdraagt aan de consistentie en kwaliteit van de zorg en ondersteuning die de patiënt ontvangt. Indien (toch) sprake is van zorgoverdracht, garandeert men zoveel mogelijk een naadloze overgang.

PATIËNTAUTONOMIE

Bevorder de autonomie van patiënten door hen de leiding te geven over het besluitvormingsproces doorheen hun euthanasietraject. Benadruk dat patiënten het laatste woord hebben over het verloop van hun euthanasietraject. Zo is het bijvoorbeeld noodzakelijk dat patiënten expliciet hun toestemming verlenen vooraleer andere zorgverleners of naasten bij het traject worden betrokken. (Let op: indien er in een ziekenhuissetting een verpleegkundig team aanwezig is dat in nauw contact staat met de patiënt, is de arts verplicht hen in te lichten over het verzoek (dit in tegenstelling tot de eventuele uitvoering)³).

BETREKKEN VAN NAASTEN

Vanwege heersende misvattingen is het belangrijk te communiceren dat de euthanasiewetgeving stelt dat naasten niet verplicht betrokken worden in het euthanasietraject van een patiënt en dat de toestemming/het akkoord van naasten niet vereist is voor euthanasie.

Indien de patiënt weigert om naasten (veelal familie, of breder: belangrijke personen in zijn leven) te betrekken, vraag je als behandelende arts duidelijk naar de redenen waarom. De overwegingen die de patiënt heeft om naasten niet te betrekken, kunnen immers zeer aannemelijk zijn. Tracht een inzicht te krijgen in de familierelaties en -dynamieken.

Laat de patiënt alleszins zelf de keuze om naasten in te lichten over het euthanasieverzoek. Moedig de patiënt aan en bied de optie aan dat u als behandelende arts aanwezig bent bij dit gesprek als facilitator.

Ga bij patiënten zelf na hoe zij de betrokkenheid van naasten zien in het euthanasietraject. Betrokkenheid is namelijk een heel breed begrip dat vele vormen kan aannemen. Afhankelijk van de noden en wensen van patiënten, kunnen naasten eventueel:

ACTIEF BETROKKEN WORDEN BIJ GESPREKKEN over ondersteuning en zorgbeslissingen doorheen het euthanasietraject.

FUNGEREN ALS BRON VAN INFORMATIE OVER DE PATIËNT, door hun inzichten en perspectieven te verkennen (bijvoorbeeld aangaande ondraaglijk lijden) en mee te nemen in de beoordeling van het verzoek. Dit impliceert echter niet dat er een consensus moet bestaan tussen de zienswijze van de arts en deze van de naasten.

DEELNEMEN AAN FAMILIEGESPREKKEN WAARBIJ DE NAASTEN GOED GEÏNFORMEERD EN VOORBEREID WORDEN,

reeds vroeg in het euthanasietraject. Onderwerpen in dergelijke gesprekken betreffen zowel de medische, emotionele als praktische aspecten van euthanasie. Voor die gesprekken stelt de arts een goede agenda op, dewelke ook wordt meegedeeld aan patiënten en hun naasten opdat ze zich kunnen voorbereiden. Overweeg de aanwezigheid van een psycholoog of een andere psychosociale zorgverlener tijdens familiegesprekken om emotionele ondersteuning te bieden (bijvoorbeeld via een multidisciplinaire palliatieve thuiszorg equipe of een palliatief supportteam). Bied extra ondersteuning tijdens momenten die als emotioneel zwaar kunnen worden ervaren, zoals wanneer een arts communiceert dat een euthanasieverzoek niet wordt ingewilligd.

BELANG VAN ZOWEL APARTE ALS GEZAMENLIJKE GESPREKKEN MET PATIËNTEN EN HUN NAASTEN

Aparte gesprekken met de patiënt zijn noodzakelijk om te waarborgen dat er geen sprake is van externe druk inzake het euthanasieverzoek. Daarom moeten sommige gesprekken om het verzoek te verhelderen, plaatsvinden zonder aanwezigheid van naasten.

Via gezamenlijke gesprekken kan de professional een faciliterende rol spelen, o.m. in het helpen verduidelijken van het ondraaglijke lijden van de patiënt. Indien naasten nood hebben aan individuele ondersteuning, voorziet men evenzeer aparte gesprekken voor hen.

In bepaalde gevallen is het raadzaam te overwegen om (ook) andere personen dan louter directe familieleden te betrekken, zoals mantelzorgers, vrienden, burens, etc.

- Dit is vooral van belang bij patiënten met een euthanasieverzoek die weinig tot geen (directe) familieleden meer hebben en/of geen (goed) contact meer hebben met familieleden.
- Vooral patiënten met een psychiatrische aandoening geven aan dat ze nood voelen om andere personen dan dichte familieleden nauw te betrekken in het euthanasietraject, zoals een ‘buddy’ of een bevriend persoon die hen helpt bij hun ondersteuning.

PSYCHOLOGISCHE EN EXISTENTIEEL-SPIRITUELE ZORG

Voorzie patiënten en naasten van psychologische en existentieel-spirituele zorg indien gewenst o.b.v. hun nodenbevraging. Handvatten daarbij kunnen zijn:

BEGIN TIJDIG MET HET INVENTARISEREN VAN HUN EXISTENTIËLE BEHOEFTE

bijvoorbeeld middels vragen over levenszin, geloofsovertuigingen, en spirituele behoeften. In individuele en familiegesprekken moeten patiënten en naasten kunnen spreken over psycho-emotionele aspecten, zoals bv. hun angsten en hoop.

BIED NAASTEN DE MOGELIJKHEID OM DEEL TE NEMEN

aan (afscheids)rituelen, herdenkingsmomenten en spirituele activiteiten die passen bij de overtuigingen van patiënt en naasten, of ze zelf te organiseren, wat kan helpen bij hun eigen afsluiting, verwerking en ondersteuning.

BETREK – INDIEN GEWENST – EEN GEESTELIJK VERZORGER OF SPIRITUEEL BEGELEIDER

(afgestemd op de zingevingsvorm/ levensbeschouwing van de patiënt en naasten in kwestie) die ervaring heeft met het begeleiden van patiënten in terminale fasen en die continue ondersteuning kan bieden via regelmatige bezoeken. Zo bijvoorbeeld MOPA (migratie (moslims) en palliatieve zorg), een organisatie die een brugfunctie vervult tussen de patiënt/ naasten met een migratieachtergrond en zorgverstrekkers.

EXISTENTIËLE BEHOEFTE VAN PATIËNTEN

Anticipeer erop dat patiënten doorheen een euthanasietraject vaak bepaalde existentiële vragen hebben, ongeacht welke levensbeschouwing ze hebben. Bied hiervoor een luisterend oor en ondersteun de patiënten hierin zelf of zorg voor gepaste ondersteuning (bv. door een psycholoog of consulent), bij onderstaande vragen. Het is ook aangewezen om communicatie hieromtrent tussen de patiënt en zijn naasten aan te moedigen.

- Wat is de zin van mijn leven geweest?
- Heb ik een verschil gemaakt in het leven van anderen?
- Wat is de betekenis van mijn lijden?
- Hoe wil ik herinnerd worden door mijn naasten?
- Laat ik mijn naasten in de steek door te kiezen voor euthanasie?
- Wanneer is het gerechtvaardigd om te kiezen voor euthanasie?
- Hoeveel (ondraaglijk) lijden is genoeg om te kiezen voor euthanasie?
- In welke mate moet ik angst hebben voor de uitvoering van euthanasie?
- Wat zegt mijn keuze voor euthanasie over mij als persoon?
- Hoe zullen mijn naasten omgaan met mijn dood en de uitvoering van euthanasie?
- Waarom moet ik zoveel lijden?
- Hoeveel controle heb ik nog over mijn eigen leven en sterven?
- Wat gebeurt er na de dood?
- Wat als er complicaties optreden tijdens de uitvoering van euthanasie?

ONDERSTEUNEN VAN NAASTEN

HET BETREKKEN VAN NAASTEN EN DE TIMING ERVAN

Indien patiënten hun toestemming verlenen om naasten te betrekken, coördineert de behandelende arts de communicatie met familieleden. De arts houdt er best rekening mee dat de noden van familieleden zowel onderling, als doorheen de tijd kunnen verschillen.

BETREK DE NAASTEN, IN DE MATE VAN HET MOGELIJKE EN MITS GOEDKEURING VAN DE PATIËNT, zo veel en zo vroeg mogelijk **IN HET EUTHANASITRAJECT**.

INFORMEER DE NAASTEN OVER DE EXACTE PROCEDURE VAN EUTHANASIE: de wettelijke criteria, de rol van de tweede (en eventueel derde) arts, en de stappen die gevolgd dienen te worden.

Bied naasten eventueel **BROCHURES** aan die uw gegeven informatie ondersteunen en/of verwijs hen eventueel door naar verschillende **WEBSITES** met achtergrondinformatie (bijvoorbeeld LEIF of Palliatieve Zorg Vlaanderen).

Middels hun betrokkenheid doorheen het euthanasietraject, kunnen naasten immers erkend worden in hun relatie tot de patiënt. Men kan hen bijvoorbeeld op regelmatige basis op de hoogte brengen omtrent de voortgang van het euthanasieverzoek, het besluitvormingsproces rond de goedkeuring ervan en de rol van de behandelend arts en andere zorgverleners doorheen het traject. Leg duidelijk uit waar het ondraaglijk lijden van de patiënt vandaan komt, inclusief de fysieke, psychologische, sociale, spirituele, existentiële factoren die hiertoe bijdragen.

Sommige patiënten wensen hun naasten slechts te betrekken nadat het euthanasieverzoek wordt goedgekeurd om hen leed te besparen. Dergelijke werkwijze wordt afgeraden, tenzij op basis van goede argumenten en grondige overweging. Het laattijdig betrekken van naasten kan voor hen negatieve emotionele gevolgen hebben, zoals verdriet, boosheid en een onrechtvaardigheidsgevoel. Het is echter ook geenszins gewenst om de patiënt onder druk te zetten omtrent het betrekken van naasten: de patiënt dient hier zelf mentaal klaar voor te zijn.

Een aantal voordelen van tijdige betrokkenheid kunnen zijn:

- De naasten en de patiënt kunnen meer tijd samen doorbrengen vooraleer de patiënt euthanasie krijgt en hebben de mogelijkheid om ‘onopgeloste’ zaken te bespreken en uit te klaren.
- De naasten hebben meer tijd om te wennen aan het idee van euthanasie, hetgeen kan helpen bij hun aanvaardings-, verwerkings- en rouwproces.
- Aandacht voor de noden van naasten leidt evenzeer tot een positievere evaluatie van het overlijden(/overlijdenstraject).

PSYCHO-EMOTIONELE ONDERSTEUNING

Bied naasten psycho-emotionele ondersteuning aan, persoonlijk (ook via informele bevraging hoe het met hen gaat) dan wel via doorverwijzing naar anderen, doorheen het euthanasietraject op basis van een beoordeling van hun psycho-emotionele noden.

- Overweeg en verken de mogelijkheden omtrent de **betrokkenheid van psychosociale zorgverleners** doorheen het euthanasietraject, zoals psychologen, palliatief team, etc.
- Wees extra **alert voor de psycho-emotionele noden van naasten** die dicht bij de patiënt staan, die een voorgeschiedenis van complexe rouw hebben en/of die weinig mentale draagkracht hebben.
- **Plan opvolgesprekken** om de psycho-emotionele noden te bespreken en nieuwe vragen of zorgen van de naasten aan te pakken. Specifieke aandacht voor naasten die zorgtaken voor de patiënt op zich nemen is hierbij wenselijk.

BETROKKENHEID VAN KINDEREN

Wanneer jonge kinderen en/of jongvolwassenen betrokken zijn in het euthanasietraject, overweegt men best onderstaande praktijken:

GEBRUIK EENVOUDIGE EN BEGRIJPelijke TAAL om aan kinderen uit te leggen wat euthanasie inhoudt en wat er gaat gebeuren. Gebruik kinderboeken, verhalen of tekeningen die leeftijdsgeschikt zijn om het concept van afscheid nemen en euthanasie uit te leggen.

Aanbevelingen voor literatuur hieromtrent vindt u op de website van Palliatieve Zorg Vlaanderen (zo bijvoorbeeld het e-boek “de meest gestelde vragen over kinderen en de dood” van Riet Fiddelaers-Jaspers & Renske Fiddelaers, 2019).

Ga er niet van uit dat de behoeften en wensen van het kind dezelfde zijn als van volwassen naasten. Doe daarom een **APARTE BEVRAGING NAAR DE BEHOEFTE EN WENSEN** van kinderen en jongvolwassenen die betrokken zijn in het euthanasietraject.

Na afweging of het voor jonge kinderen geschikt is om aanwezig te zijn (o.b.v. hun maturiteit en draagkracht), stelt men hen – net zoals bij volwassen naasten – best zelf de **VRAAG OF ZE AANWEZIG WILLEN ZIJN TIJDENS DE UITVOERING VAN EUTHANASIE**. Respecteer de keuze van het kind en geef aan dat ze altijd van mening mogen veranderen.

HELP KINDEREN HUN EMOTIES TE BEGRIJPEN EN TE UITEN door middel van voorbereidende gesprekken en speltherapie.

Voorzie een **VERTROUWENSPERSOON** die de kinderen ondersteunt tijdens de uitvoering of opvangt wanneer ze op het laatste moment toch beslissen niet aanwezig te zijn.

Bied alternatieven aan, zoals **EEN APARTE RUIMTE** waar ze kunnen verblijven met een vertrouwd persoon als ze niet aanwezig willen zijn bij de uitvoering.

PLAN EEN GESPREK MET DE KINDEREN NA DE UITVOERING om te bespreken hoe ze zich voelen en om eventuele vragen te beantwoorden.

NAZORG

Spreek met de naasten van de patiënt over opties rond nazorg na de uitvoering van euthanasie. Handvaten daarbij kunnen zijn:

- Moedig naasten aan om **steun te zoeken bij familie en vrienden**.
- Plan als arts zelf een **contactmoment** (telefonisch, huisbezoek of consultatie) in de eerste weken **na het overlijden** om te polsen hoe het gaat met de naasten
- **Vraag of de naasten behoefte hebben aan verdere hulp en/of ondersteuning**, zoals psychosociale hulp bij rouwverwerking, counseling, steungroepen of individuele therapie. Indien nodig, plant men meerdere opvolggesprekken op langere termijn, waarin naasten herinnerd worden aan de beschikbare ondersteuning, en benadrukt men dat de naasten ook ten alle tijden zelf contact kunnen opnemen voor hulp.
- Indien van tevoren opgemerkt is dat er sprake kan zijn van **complexe rouw**, laat een psycholoog van het palliatieve team langskomen voor een uitgebreide evaluatie en ondersteuning.

EEN MULTIDISCIPLINAIRE BENADERING

Bij voorkeur hanteert men een multidisciplinaire benadering **van bij de start van het euthanasietraject**. Het is goede praktijk dat de behandelend arts het voortouw neemt om andere professionals en experts (afgezien van de 2^{de} en eventueel 3^{de} arts) in te schakelen voor de verheldering van een euthanasieverzoek, de beoordeling van de wettelijke criteria, en de afweging van alle aspecten van het lijden. Het inschakelen van een multidisciplinair team verhoogt de kwaliteit van besluitvorming, zowel in de intramurale setting, als in de thuissetting⁴. Het betrekken van een palliatief team, als vorm van dergelijke multidisciplinaire benadering, doorheen het euthanasietraject kan aangewezen zijn.

Een tijdige **coördinatievergadering** is aangewezen om de roltoewijzing van iedere betrokken professional te bespreken. De gemaakte afspraken worden gedocumenteerd en zijn toegankelijk voor alle betrokkenen. Zorg ervoor dat elke professional precies weet wat zijn/haar rol is in het proces om een efficiënte en gecoördineerde aanpak te garanderen, zowel ten tijde van de uitklaring als de uitvoering van euthanasie.

Zorg voor duidelijke en transparante **communicatie** tussen alle betrokken professionals om een consistente benadering te waarborgen. Middels multidisciplinaire besprekingen komt men tot gezamenlijke beslissingen en een eenduidig plan van aanpak.

Documenteer alle bevindingen, meningen en adviezen van de betrokken zorgverleners en specialisten zorgvuldig. Zorg dat alle betrokken zorgverleners volledig op de hoogte zijn van de nationale en lokale regelgeving rond euthanasie.

Hanteer – waar mogelijk en haalbaar – dergelijke **multidisciplinaire benadering doorheen het hele euthanasietraject**, voor de zorg en ondersteuning van zowel patiënten, als hun naasten. Zet in op **transmurale samenwerkingen** indien deze noodzakelijk is voor continue zorg.

Multidisciplinair overleg op langere termijn kan helpen om zorg te coördineren, te optimaliseren en bij te sturen indien nodig.

Na een euthanasie-uitvoering is het erg aangewezen om een **multidisciplinaire debriefing** te houden. Dit enerzijds om na te gaan wat de uitvoering emotioneel teweegbrengt bij de betrokken zorgverleners, en anderzijds als leermoment (wat ging goed, niet goed en wat leert deze uitvoering ons naar de toekomst toe?).

Hoewel zinvol bij elk verzoek, is het bij uitstek bij patiënten met een niet-terminale aandoening aan te raden om het verzoek multidisciplinair te bespreken en uit te klaren. Dit kan onder andere omvatten:

CONSULTEREN VAN LEIF ARTSEN buiten het wettelijk advies/tweede consultatie, dan levenseindeconsultatiecentra zoals het UL-team van LEIF (Wemmel) of Vonkel (Gent).

Betrokkenheid van **ZIEKENHUISARTSEN DIE GESPECIALISEERD ZIJN IN DE MEDISCHE AANDOENING.**

Het raadplegen van **PSYCHOLOGEN EN/OF PSYCHIATERS** om psychisch lijden uit te klaren of om psychologische ondersteuning te bieden aan patiënten en hun naasten.

Samenwerking met o.m. de equipeartsen en psycholoog van een **PALLIATIEF TEAM.**

Niet-bindend advies door een **ETHISCH COMITÉ.**

DE UITKLARING VAN EEN EUTHANASIEVERZOEK

SCHETS VAN DE WETTELIJKE ACHTERGROND

Op verzoek van de patiënt kan een arts euthanasie toepassen indien aan de wettelijke voorwaarden voldaan is. Dit kan ofwel op basis van een actueel verzoek van een handelingsbekwame patiënt, ofwel op basis van een vooraf opgestelde wilsverklaring euthanasie. In deze wilsverklaring stipuleert een wilsbekwame persoon dat hij wenst dat er euthanasie wordt uitgevoerd ingeval hij wilsonbekwaam zou zijn. Een voorafgaande wilsverklaring euthanasie treedt in werking wanneer de patiënt buiten bewustzijn is en wanneer deze toestand onomkeerbaar is volgens de huidige wetenschappelijke inzichten⁵.

Deze leidraad behandelt het euthanasietraject ingeval een patiënt een actueel verzoek tot euthanasie uit (met name een verzoek geuit door een handelingsbekwame patiënt die bij bewustzijn is)⁶. Dit verzoek kan geuit worden door een terminale of een niet-terminale patiënt (zij die respectievelijk verwacht worden te overlijden binnen afzienbare of niet-afzienbare tijd)*. (conform bijkomende info hieronder).

**De informatiebrochure van de Federale Controle en Evaluatiecommissie⁶ Euthanasie stipuleert dat men kan spreken van een overlijden binnen een afzienbare periode wanneer verwacht wordt dat de patiënt zal overlijden in de komende dagen, weken, maanden. De richtlijn verduidelijkt eveneens dat de behandelende arts van de patiënt als enige in staat is om te beoordelen of de patiënt al dan niet verwacht wordt te overlijden binnen afzienbare termijn. De wet spreekt zich evenwel niet uit omtrent wat een afzienbare of een niet-afzienbare termijn inhoudt: de beoordeling daarvan gebeurt bijgevolg door de betrokken artsen.*

EUTHANASIE O.B.V. EEN ACTUEEL VERZOEK DE PATIËNT IS GOED BEWUST EN VERZOEKT NÚ OM EUTHANASIE

Bij een terminale patiënt	Advies 2 ^e arts (ongeacht specialisme) Geen wachttijd
Bij een niet-terminale patiënt	Advies 2 ^e arts (ongeacht specialisme) Advies 3 ^e arts (dewelke een orgaanspecialist* of psychiater is) Wachttijd van 1 maand tussen schriftelijk verzoek en uitvoering <i>*ingeval van polypathologie bij ouderen kan de huisarts beschouwd worden als specialist volgens de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie⁶</i>

EUTHANASIE O.B.V. EEN VOORAFGAANDE WILSVERKLARING **

Voor personen die op voorhand een wilsbeschikking invulden dat ze euthanasie wensen in een toestand van wilsonbekwaamheid, concreet: onomkeerbaar coma
Dergelijke wilsverklaringen opgesteld vanaf 2020 zijn onbeperkt geldig, degene opgesteld vóór 2020 zijn 5 jaar geldig (tenzij herroepen)

****Een modelverklaring hiervan, kan u vinden via de [overheidswebsite](#) of op de [website van LEIF](#).**

VOORWAARDEN

(Meer uitleg doorheen tekst hieronder)^{3,7}

De patiënt is **MEERDERJARIG** (sedert 2014 kan euthanasie ook bij oordeelsbekwame minderjarigen, onder strikte voorwaarden)

De patiënt is **HANDELINGSBEKWAAM** & bewust

De patiënt uit een **VRIJWILLIG, DUURZAAM & HERHAALD** verzoek

De patiënt tekent zijn verzoek **SCHRIFTELIJK** op

De patiënt heeft een **ONGENEESLIJKE, ERNSTIGE AANDOENING** (door ziekte of ongeval)

De patiënt **LIJDT AANHOUDEND EN ONDRAAGLIJK** t.g.v. de aandoening (fysiek en/of psychisch)

EUTHANASIE IS GEEN RECHT

Euthanasie is geen recht: de patiënt kan bijgevolg nooit wettelijk afdwingen dat u als behandelend arts euthanasie toepast of dat u uw medewerking verleent aan de uitvoering (dit geldt ook voor andere zorgverstrekkers). De euthanasiewetgeving stipuleert immers de keuzevrijheid voor artsen om al dan niet betrokken te zijn in het euthanasietraject van een patiënt.

Aangezien sommige patiënten en naasten ervan overtuigd zijn dat euthanasie wel een recht is en de uitklaring ervan slechts een formaliteit, is het belangrijk om bij de start duidelijk aan te geven dat dit niet zo is: een verzoek kan slechts worden ingewilligd na een zorgvuldig besluitvormingsproces en een grondige evaluatie. Door **misverstanden** hieromtrent **tijdig te ontkrachten**, beperkt men mogelijke teleurstellingen, frustraties en woede bij patiënten en hun naasten in het geval u besluit om het verzoek niet goed te keuren.

Ondanks wat patiënten of familieleden soms denken is geen enkel voorafgaand opgesteld document rechtsgeldig in het kader van een actueel euthanasieverzoek. Ook deze misvatting kan men best tijdig rechtzetten.

Het feit dat euthanasie geen recht is, impliceert ook dat u als behandelend arts, net als alle andere betrokken professionals, te allen tijde kunt besluiten om u uit het euthanasietraject terug te trekken. Laat u nooit onder druk zetten of voel u nooit verplicht om mee te werken rond een euthanasieverzoek, daar dit de kans op spijt vergroot.

Het is **goede praktijk dat het uitklaren van het euthanasieverzoek gebeurt door de behandelende arts die de patiënt reeds langere tijd opvolgt**: dit vanwege een uitgebreid inzicht in diens medische geschiedenis (incl. behandelgeschiedenis), alsook vanwege de vertrouwensband tussen arts en patiënt.

WEIGEREN VAN HET VERZOEK

De behandelende arts aan wie het euthanasieverzoek is geformuleerd, klaart het verzoek idealiter zelf uit. Indien principiële of morele bezwaren (i.e. **gewetensvrijheid**) maken dat u nooit euthanasie uitvoert (of bijvoorbeeld nooit bij verzoeken o.b.v. psychisch lijden), dient u de patiënt binnen de zeven dagen te antwoorden aangaande zijn euthanasieverzoek. Het is echter **aangewezen om patiënten onmiddellijk** (met name niet slechts na zeven dagen) **en op een transparante, respectvolle manier uit te leggen waarom u zich beroept op het principe van gewetensvrijheid** (bv. ideologische redenen).

Indien u een euthanasieverzoek **weigert op medische grond, licht u de redenen hiervoor tijdig toe aan de patiënt** (en zo nodig de naasten). Sommige patiënten en naasten kunnen zich in de steek gelaten voelen door uw keuze om geen euthanasie uit te voeren, wat mogelijks aanleiding kan geven tot een vertrouwensbreuk en/of het stopzetten van de behandelrelatie. Tracht hierop te anticiperen, bijvoorbeeld door duidelijk uw redenen voor afwijzing uit te leggen.

Indien na grondige evaluatie blijkt dat u het verzoek van de patiënt weigert, houdt u best rekening met volgende goede praktijken:

Leg helder en gedetailleerd uit **WAAROM DE PATIËNT NAAR UW OORDEEL NIET VOLDOET** aan de wettelijke criteria voor euthanasie. Bespreek welke specifieke criteria niet worden vervuld.

Zoals steeds van toepassing: **BIED ALTERNATIEVE ZORGOPTIES** aan, zoals (geoptimaliseerde) palliatieve zorg of psychologische ondersteuning.

Communiceer altijd met **RESPECT EN EMPATHIE**, rekening houdend met de emotionele toestand van de patiënt.

Bevraag de **NODEN/WENSEN VAN DE PATIËNT** nu het verzoek niet werd goedgekeurd.

PLAN ÉÉN OF MEERDERE VERVOLGAFSPRAKEN om verdere zorg en ondersteuning te bespreken en eventuele vragen van de patiënt te beantwoorden en help de patiënt bij het maken van afspraken met andere arts en/of zorgverleners indien nodig.

Geef ook **DUIDING OMTRENT HET ADVIES VAN DE TWEEDE (EN DERDE) ARTS** i.v.m. de wettelijke criteria. Documenteer de redenen waarom euthanasie niet zal worden uitgevoerd en de gesprekken die hierover zijn gevoerd. Overweeg om een schriftelijke samenvatting van de uitleg inzake afwijzen verzoek over te maken aan de patiënt, zodat deze de informatie later kan nalezen.

Geef de patiënt de **RUIMTE OM ZIJN OF HAAR GEVOELENS EN REACTIES TE UITEN** en luister actief.

Geef aan de patiënt mee indien u hem **VERDER WIL OPVOLGEN EN BEGELEIDEN** doorheen zijn levenseindetraject.

OVERWEEG OM NAASTEN TE BETREKKEN bij de gesprekken rond de niet-inwilliging van het verzoek, mits de patiënt hiermee instemt. Dit kan helpen bij het bieden van emotionele ondersteuning en verhoogt de kans dat naasten de niet-inwilliging begrijpen en aanvaarden.

DOORVERWIJSPLICHT

U dient zich te houden aan de wettelijk voorgeschreven deontologische doorverwijsplicht. Het is **goede praktijk dat u actief meedenkt over manieren van doorverwijzing**. Op deze manier kunnen de patiënt en diens naasten zich gehoord en gerespecteerd voelen, zelfs wanneer u niet aan zijn of haar specifieke verzoek kunt voldoen. Toets ook bij de patiënt af hoe hij die doorverwijzing ziet en wat zijn concrete verwachtingen en voorkeuren daaromtrent zijn. De arts die het verzoek afwijst dient in ieder geval de contactgegevens mee te delen van centra of verenigingen gespecialiseerd in euthanasierecht. Bovendien is de arts verplicht om het medisch dossier van de patiënt binnen de 4 dagen na diens verzoek over te maken aan de door de patiënt aangewezen arts die aanvaardt om het verzoek uit te klaren.⁷

HET BETREKKEN VAN NAASTEN IN HET EUTHANASIETRAJECT

Vraag de patiënt expliciet of naasten mogen worden betrokken in het euthanasietraject. Bij weigering, vraag duidelijk naar de redenen waarom. Dit helpt om te begrijpen of en hoe de euthanasiewens mogelijk wordt beïnvloed door de familiale context, eenzaamheid of andere sociaal-contextuele factoren. Leg de patiënt ook uit wat de gevolgen hiervan zijn voor de naasten (bemoeilijkte rouwverwerking, geen afscheid kunnen nemen indien niet betrokken, betere rouwverwerking indien wel betrokken, ...).

Laat de patiënt zelf de keuze om naasten in te lichten over het euthanasieverzoek. Moedig de patiënt aan en bied de optie dat u of een andere gewenste zorgverlener aanwezig kan zijn, eventueel als facilitator, tijdens dit gesprek.

HET BETREKKEN VAN ANDERE PROFESSIONALS IN EUTHANASIETRAJECT

Het inschakelen van andere professionals en experts voor het beoordelen van de wettelijke criteria en het verhelderen van een euthanasieverzoek is een noodzakelijke stap. Een multidisciplinaire benadering zorgt ervoor dat alle aspecten van het lijden van de patiënt worden overwogen en dat de best mogelijke zorg wordt geboden. *Hierover vindt u meer onder het hoofdstuk ‘multidisciplinair werken’.*

Consulteer specialisten/experten doorheen het euthanasietraject. **Gebruik de expertise van specialisten, bijvoorbeeld van een palliatief team, om een grondige en goed geïnformeerde beoordeling te maken van het verzoek.** Bij twijfel of onzekerheid over aspecten van het euthanasieverzoek, schakel relevante medische specialisten in. Bijvoorbeeld, consulteer (bijkomend) een neuroloog of psychiater bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt.

Wanneer een patiënt euthanasie vraagt aan een arts-specialist in het ziekenhuis, is het goede praktijk om de huisarts te raadplegen.

- De huisarts heeft vaak een goed beeld van de medische geschiedenis en persoonlijke context van de patiënt, wat essentieel is voor een zorgvuldige afweging en besluitvorming rondom euthanasie.
- Dit helpt ook bij het waarborgen van een holistische benadering van zorg.
- Indien de patiënt wenst om thuis euthanasie te krijgen, exploreert de arts-specialist of de huisarts de verheldering/uitvoering van het verzoek eventueel op zich wil nemen.

Voor de uitklaring is het alleszins essentieel om de medische dossiers en voorgeschiedenis van de patiënt grondig te bestuderen (en indien nodig op te vragen bij andere professionals die de patiënt hebben gekend).

PROCEDURELE STAPPEN DOORHEEN UITKLARING

Zorg voor een nauwkeurige, minstens samenvattende, documentatie van alle gesprekken en beslissingen die betrekking hebben op het euthanasieverzoek. Het is goede praktijk om meerdere gesprekken te voeren met de patiënt om het euthanasieverzoek te verhelderen. Opdat alle noodzakelijke onderwerpen aan bod komen met de patiënt, is het **gebruik van registratiedocumenten** van de Federale Controle en Evaluatiecommissie Euthanasie als ‘afvinklijst’ voor gesprekken nuttig.

Het is belangrijk om altijd te **NOTEREN IN HET MEDISCH DOSSIER** wanneer een patiënt tijdens consultaties een **DOODS- OF EUTHANASIEWENS** uit en met u bespreekt. Dit maakt mogelijk om de context van de wens beter te begrijpen (bv. bij pijn, eenzaamheid, na chemotherapie, etc.) en verduidelijkt hoe langdurig het verzoek is.

Om van een weloverwogen verzoek te kunnen spreken, is het aangewezen met de **PATIËNT IN GESPREK TE GAAN OVER EUTHANASIE OP MOMENTEN VAN RELATIEVE STABILITEIT**, waarin de symptomen zo goed als mogelijk onder controle zijn⁴.

Om te **WAARBORGEN DAT ER GEEN SPRAKE IS VAN EXTERNE DRUK**, dienen sommige uitklaringsgesprekken te worden gevoerd zonder aanwezigheid van naasten.

In gesprekken kan worden onderzocht **WAT ER ACHTER HET EUTHANASIEVERZOEK SCHUILGAAT** en leert u de patiënt beter kennen als persoon: zijn levensverhaal, normen en waarden, enzovoort.

Het is belangrijk om het uitklaren van een euthanasieverzoek over een langere periode te laten plaatsvinden (‘temporiseren’) en ruim van tevoren, niet slechts enkele dagen voor de uitvoering. Begin met het verhelderen zodra de patiënt de term ‘euthanasie’ of een expliciete wens om te sterven laat vallen en ga na of er sprake is van een concreet verzoek. Het is immers ook mogelijk dat patiënten het onderwerp van euthanasie ter sprake brengen zonder dat ze dit actueel overwegen, maar omdat ze inlichtingen wensen omtrent levenseindebeslissingen of omdat ze nadenken over een euthanasieverzoek in een latere fase.

Bij patiënten met terminale kanker gebeurt het uitklaren van het verzoek vaak te laat, waardoor een groot aantal patiënten vóór de uitvoering overlijdt. **Wanneer de dood nabij is, kan het nodig zijn om het verzoek uit te klaren op kortere termijn** dan u normaliter zou doen (zonder daarmee stappen over te slaan of minder nauwgezet te doorlopen).

SCHRIFTELIJK VERZOEK

De patiënt dient zijn euthanasieverzoek schriftelijk neer te schrijven. Hiervoor zijn geen vormvereisten. Het schriftelijk verzoek kan op een willekeurig papier en dient minstens de volgende informatie te bevatten:

“ik, naam en voornaam, wil euthanasie” + handtekening & datum

Indien de patiënt wilsbekwaam is, maar fysiek niet in staat om het verzoek zelf neer te schrijven (bijvoorbeeld wegens zwakte, analfabetisme, etc.), mag een derde dit doen. Deze persoon mag geen materieel belang hebben bij het overlijden van de patiënt. Hierbij dient evenzeer te worden vermeld waarom de patiënt het verzoek niet zelf schrijft, alsook de namen van de schrijver en de arts (die, net als de patiënt, aanwezig moet zijn tijdens het opstellen van het document)^{3,7}.

Hoewel niet wettelijk noodzakelijk, is het beschrijven van de redenen voor het verzoek mogelijk aanbevolen. Dit werkt immers mogelijk faciliterend in gesprekken, alsook vergroot het mogelijk het inzicht van de naasten aangaande het verzoek.

Ingeval van een niet-terminale patiënt, dient een wettelijke wachttijd van een maand te worden gerespecteerd tussen de datum van het schriftelijke verzoek en de uitvoering. In die maand kan men de 2^{de} en 3^{de} arts consulteren. De wachttijd gaat dus niet slechts in ná het 2^{de} en 3^{de} advies.

PALLIATIEVE ZORG DOORHEEN HET EUTHANASIETRAJECT

Wanneer de patiënt een euthanasiewens uit, moet eerst worden onderzocht in hoeverre en op welke manier er nog comfort kan worden geboden.

Gezien comfortbehoeften dynamisch zijn en kunnen wijzigen, is het belangrijk om deze gedurende het volledige euthanasietraject te blijven bevragen en de **COMFORTZORG AAN TE PASSEN WAAR NODIG** (zowel op fysiek, als op psychologisch domein). Indien de arts dit nodig acht, kan hieromtrent worden afgestemd met een palliatief team.

Bij patiënten met een 'plotse' euthanasiewens moet eerst worden onderzocht of deze voortkomt uit **SPECIEK LICHAMELIJK LIJDEN DAT VERLICHT KAN WORDEN** door palliatieve zorg, pijnbestrijding, comfortzorg en symptoomcontrole.

Hoe dan ook, is het van groot belang om doorheen het ganse euthanasietraject te blijven inzetten op maximaal comfort van de patiënt.

VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

Conform de wettelijke criteria moeten euthanasieverzoeken volledig vrijwillig en weloverwogen zijn, gebaseerd op de autonome beslissing van de patiënt zelf. De arts dient bijgevolg zekerheid te hebben dat het euthanasieverzoek niet tot stand kwam door externe druk, bijvoorbeeld door naasten. Wees dus alert op signalen van druk of beïnvloeding.

Hoewel het zelden voorkomt dat patiënten euthanasieverzoeken uitsluitend vanwege externe druk of omdat ze zich een last voelen voor hun sociale omgeving, moet elke aanwijzing hiervan serieus worden genomen en verder worden uitgeklaard. Indien blijkt dat externe druk het enige motief is voor euthanasie, is het verzoek niet vrijwillig en kan men het verzoek niet inwilligen.

Een aantal indicatoren voor externe of sociale druk die men kan opmerken zijn:

- Regelmatige opmerkingen over de belasting die hun zorg inhoudt voor naasten en/of anderen of een preoccupatie hiermee vanuit de patiënt.
- Plotselinge verandering in de houding van de patiënt t.o.v. euthanasie, vooral na gesprekken met naasten.
- Inconsistente of vage redenen van de patiënt voor het verzoek om euthanasie, die lijken te veranderen afhankelijk van de aanwezigheid van bepaalde naasten.

Het is echter wel mogelijk dat de patiënt externe redenen aangeeft als een secundair of bijkomend motief om euthanasie te vragen, ook wanneer aanhoudend ondraaglijk lijden de primaire reden is. In dat geval is het van primordiaal belang verder uit te klaren wat de impact van deze externe factoren is. Een verzoek kan worden goedgekeurd indien sociaal lijden een secundaire reden is, weliswaar nadat al het mogelijke getracht wordt om externe druk te verminderen. In geval de patiënt aangeeft mede bewogen te zijn tot het euthanasieverzoek vanwege de last die hij zijn omgeving bezorgt, is het goede praktijk dit onderwerp evenzeer te bespreken met de naasten in kwestie⁴. Een vraag die de arts, in een individueel gesprek met de patiënt, kan helpen inschatten in hoeverre sociale druk een impact heeft is: “Zou u nog steeds euthanasie wensen mocht u van X geen druk ervaren?”.

Nadat het verzoek is goedgekeurd, kan er sociale druk ontstaan vanuit de naasten om de euthanasie sneller uit te voeren dan de patiënt wenst, of net om het langer uit te stellen. Let ook op deze signalen. Hoewel de datum voor euthanasie in de meeste gevallen in overleg met zowel familie als patiënt wordt gepland, is het belangrijk dat de patiënt hierin de beslissende stem heeft.

Wees er u van bewust dat vrijwilligheid evenzeer duidt op het gebrek aan externe druk van financiële of economische aard. Ook deze factoren dienen te worden besproken en uitgeklaard⁴. Hiervoor kan de arts eventueel samenwerken met een sociale dienst/sociaal werker.

ONAFHANKELIJKHEID VAN TWEEDE EN DERDE ARTS

Het is cruciaal dat de tweede (en eventueel derde) arts die geraadpleegd wordt, onafhankelijk is en daarom mag er geen sprake zijn van een hiërarchische professionele relatie met de behandelend arts, noch van een behandelrelatie met de patiënt. Ook mag hij geen ondergeschikte of familielid zijn van de arts die de euthanasie uitvoert, alsmede geen familie of goede bekende van de patiënt⁴.

Een opvatting omtrent onafhankelijkheid van artsen die in de praktijk werkzaam blijkt⁷, is: “een arts kan zichzelf als onafhankelijk beschouwen indien hij zich in eer en geweten in staat acht om zowel een gunstig (ja), als een ongunstig (nee) advies te kunnen formuleren”, ondanks bestaande relaties met de betrokken behandelend arts of patiënt.

TEGENSTRIJDIGE ADVIEZEN ONDER GERAADPLEEGDE ARTSEN

Overweeg om de euthanasie niet uit te voeren wanneer de tweede of derde arts een negatief advies geeft, ook al heb je zelf als behandelende arts de mening dat de patiënt voldoet aan de wettelijke criteria.

Weeg goed af waarom de tweede of derde arts een negatief advies heeft gegeven. Vraag eventueel om een **VERVOLGCONSULTATIE MET DEZE ARTSEN EN/OF MEER INFORMATIE** ter verduidelijking. Het kan ook aanbevolen zijn om na een negatief advies (afwijkend van je eigen positief advies) nogmaals een multidisciplinair overleg te houden en/ of een extra advies te vragen.

ONDRAAGLIJK EN UITZICHTLOOS LIJDEN

Het beoordelen of de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt is één van de belangrijkste taken van de arts inzake een euthanasieverzoek⁸. De federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie stelt hierover dat hoewel er bepaalde objectieve factoren kunnen wijzen op ondraaglijk lijden, dit grotendeels subjectief is en afhangt van de persoonlijkheid, de waarden en de opvattingen van de patiënt⁶. De patiënt bepaalt met andere woorden zelf of hij ondraaglijk lijdt; wél moet hij de behandelende arts (en de 2^{de} en eventueel 3^{de} arts) hiervan overtuigen⁷.

Bij de eigenlijke beoordeling van ondraaglijk lijden is het cruciaal dat de arts enerzijds een duidelijk beeld krijgt van het lijden doorheen de tijd (actueel vs. toekomstig lijden) en anderzijds dat dit lijden geplaatst wordt in de individuele context van de patiënt. Deze context omvat zowel de persoonlijkheid van de patiënt (zowel op heden als biografisch), als zijn omgeving (bv. woonsituatie, mantelzorg, ziekte duur, ...)⁸.

Wat betreft de vraag of het lijden al dan niet gelenigd kan worden, wordt verduidelijkt dat de patiënt het recht heeft om een pijnbehandeling of zelfs palliatieve zorg te weigeren (bv wanneer deze bijwerkingen of toepassingswijzen inhouden die de patiënt als ondraaglijk beschouwt). In dergelijke gevallen dienen patiënt en arts evenwel uitgebreid overleg te plegen⁶. Ingeval de arts het verzoek weigert omdat er valabele alternatieven bestaan die door de patiënt geweigerd worden, legt hij dit helder uit.

WILSBEKWAAMHEID

Patiënten die een actueel verzoek tot euthanasie uiten, dienen wilsbekwaam te zijn en wilsbekwaam te blijven gedurende de verheldering t.e.m. de uitvoering van hun verzoek. Wilsbekwaamheid kan gedefinieerd worden als de capaciteit die een persoon heeft om een weloverwogen besluit te nemen over het eigen leven en de eigen dood (besluitvormingsvermogen).

Wilsbekwaamheid is – in tegenstelling tot handelingsbekwaamheid – geen juridisch begrip maar wel een praktische term m.b.t. met name medische beslissingen. Kenmerkend voor wilsbekwaamheid is dat het een continuüm bestrijkt (gaande van af- tot aanwezig), taakspecifiek is (men kan wilsbekwaam geacht worden voor de ene beslissing en gelijktijdig wilsonbekwaam voor de andere), en een dynamische aard heeft (de wilsbekwaamheid voor een bepaalde beslissing kan fluctueren in de tijd). Wilsbekwaamheid is geen eenduidig concept en evaluatie gebeurt vaak op enigszins subjectieve wijze. De beoordelingscriteria zoals vooropgesteld door Appelbaum & Grisso (1988) zijn:

- Het vermogen informatie te begrijpen.
- Het vermogen informatie voor de eigen situatie te beseffen en te waarderen.
- Het vermogen logisch te redeneren.
- Het vermogen een keuze te maken en te uiten.

Monitor regelmatig de wilsbekwaamheid bij patiënten, en bij uitstek diegenen met aandoeningen of behandelingen die wilsbekwaamheid in het gedrang kunnen brengen, zoals patiënten met beginnend dementieel syndroom.

PLAN REGELMATIGE HUISBEZOEKEN om veranderingen in de wilsbekwaamheid tijdig op te merken. In een ziekenhuis of woonzorgcentrum is het goede praktijk om de wilsbekwaamheid te laten monitoren (bv door neuroloog, psychiater, klinisch psycholoog of huisarts).

Maak bij elk bezoek **GEDETAILLEERDE AANTEKENINGEN** omtrent wilsbekwaamheid om eventuele achteruitgang te volgen.

In de voorbereidende communicatie van een euthanasie in het kader van een actueel verzoek (en dus per definitie met een patiënt die wilsbekwaam is), dient men met de patiënt en de naaste het **SCENARIO TE BESPREKEN** dat **TOENEMENDE WILSONBEKWAAMHEID** het onmogelijk maakt om de euthanasie daadwerkelijk uit te voeren en dient men de alternatieven te bespreken⁴.

Bij patiënten bij wie, na het uitklaren van de euthanasie en het afspreken ervan op redelijk korte termijn, een bewustzijnsverlaging optreedt, verwijzen we u door naar een specifieke Nederlandse richtlijn hieromtrent⁹. Deze beschrijft hoe u als arts kunt handelen ten aanzien van dergelijke patiënten met wie communicatie moeilijker wordt of niet langer mogelijk is (zij het ingevolge de onderliggende ziekte, complicaties, symptoombestrijding of wat dan ook).

PSYCHISCH LIJDEN

Het betrekken van een psychiater en/of psycholoog bij het uitklaren van een euthanasieverzoek van een patiënt met een psychiatrische aandoening is essentieel om zijn mentale gezondheid en de complexiteit van het lijden te begrijpen.

Laat de **PSYCHIATER/PSYCHOLOOG EEN UITGEBREIDE EVALUATIE** uitvoeren om de oorzaken van het ondraaglijk lijden van de patiënt te achterhalen en mee te beoordelen of de psychische aandoening adequaat behandeld is en of er nog behandelopties bestaan.

Organiseer een **MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG** waarbij de bevindingen van de psychiater/psycholoog worden besproken met andere betrokken zorgverleners. Zorg hierbij voor een volledige en gedetailleerde verslaglegging van de bevindingen, adviezen en behandelopties.

Voorzie de patiënt en naasten van **DUIDELIJKE EN BEGRIJPelijke INFORMATIE OVER DE BEVINDINGEN EN ADVIEZEN** van de psychiater/psycholoog.

Gezien het uiterst specifieke en complexe karakter van euthanasieverzoeken ten gevolge van psychiatrische ziektebeelden verwijzen we hiervoor door naar gedetailleerde adviezen. Zo het advies van het Belgisch raadgevend comité voor de bio-ethiek (advies nr 73 van 11 september 2017) betreffende euthanasie in geval van niet-terminale patiënten, psychisch lijden en psychiatrische aandoeningen¹⁰. Bovendien verwijzen we naar het advies van de Nationale Raad der Artsen (27 april 2019) omtrent de deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge een psychiatrische aandoening¹¹. Ten slotte verwijzen we u naar de richtlijn van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, ‘Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader?’ (2017)¹².

DE UITVOERING VAN EUTHANASIE

VASTLEGGEN TIJDSTIP VAN UITVOERING

Toets af op welk ‘moment’ de patiënt euthanasie wil; met name onder welke omstandigheden hij vindt dat het moment gepast is.

RESPECTEER ZOVEEL MOGELIJK DE WENS VAN DE PATIËNT aangaande de plaats, datum en het tijdstip van de uitvoering. Kies samen een gepast moment, waarbij u voldoende flexibiliteit toont wat betreft uw eigen agenda.

LEG DE TIMING EN PLAATS VAN DE UITVOERING VAN EUTHANASIE VAST in overleg met de patiënt en de naasten **IN EEN PROCES VAN GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING** en geef hen voldoende tijd om deze belangrijke beslissing te maken. Bevraag daaromtrent hun noden en wensen.

Bij de keuze van het concrete tijdstip kunnen volgende overwegingen helpen:

- Het uitvoeren van euthanasie aan het begin van de dag: Na de uitvoering kunnen de naasten nog beroep doen op begeleiding en ondersteuning. In het ziekenhuis kunnen ze bijvoorbeeld nog hulp vragen aan de uitvoerend arts, psycholoog of verpleegkundigen. In de thuissituatie kan men beroep doen op een multidisciplinaire begeleidingsequipe of op een psycholoog verbonden aan het lokale palliatieve zorg netwerk. In de woonzorgcentra kan men de palliatief referenten of referentiepersonen ethiek aanspreken. Toets op voorhand af of naasten denken hier nood aan te hebben.
- Het uitvoeren van euthanasie aan het einde van de dag: Na de uitvoering is er een zekere mentale/psychologische weerslag op betrokken zorgverleners, waardoor het moeilijker is om consultaties te doen en/of nog andere zorgtaken uit te voeren. Om dit te vermijden wordt euthanasie aan het einde van de dag aangeraden.

Geef de patiënt steeds aan dat hij de timing kan verplaatsen wanneer hij het gevoel heeft nog niet klaar te zijn.

UITLEGGEN HOE DE EIGENLIJKE UITVOERING GEBEURT

Leg duidelijk uit aan patiënten en naasten, samen of apart, hoe de dag van de uitvoering zal verlopen.

Geef een **OVERZICHT VAN DE VERSCHILLENDE STAPPEN** tijdens de uitvoering, van aankomst tot afscheid.

MOEDIG DE PATIËNT EN NAASTEN AAN OM VRAGEN TE STELLEN EN EVENTUELE ZORGEN TE DELEN.

INFORMEER DE NAASTEN TIJDIG OMTRENT WAT TE VERWACHTEN tijdens de eigenlijke uitvoering (inclusief uiterlijke tekenen van het stervensproces) en stel hen gerust omtrent het comfort van de patiënt¹³.

BESPREEK EMOTIONELE ASPECTEN EN BIED STEUN.

GEEF TIPS VOOR PRAKTISCHE VOORBEREIDINGEN.

MIDDELS HET REGISTRATIEDOCUMENT EUTHANASIE WORDT VERZEKERD DAT ER GEEN PROCEDURELE STAPPEN WORDEN OVERGESLAGEN. U MAAKT DIT DOCUMENT NA DE UITVOERING VOLLEDIG INGEVULD OVER. HIEROVER VINDT U VERDER MEER.

PRAKTISCHE VOORBEREIDINGEN

Het praktisch-organisatorisch regelen van de uitvoering van euthanasie in de thuissetting kan enige tijd in beslag nemen, meestal enkele dagen.

Leg uit aan patiënt en naasten dat, zelfs bij een ingewilligd verzoek, de **UITVOERING NIET DIRECT OP DEZELFDE DAG KAN PLAATSVINDEN**. De arts moet immers verscheidene zaken regelen en doet dit best zo proactief mogelijk: bv. bestellen en ophalen van medicatie, afstemmen met andere professionals en voorbereiden van administratie.

Help de patiënt en naasten om **REALISTISCHE VERWACHTINGEN** te hebben over de tijdlijn.

Houd hen op de hoogte van de **VOORTGANG EN EVENTUELE VERTRAGINGEN** in het proces.

Adviseer de patiënt en naasten over de **VOORBEREIDINGEN DIE ZIJ INTUSSEN KUNNEN TREFFEN**, zoals het organiseren van de gewenste omgeving en het informeren van belangrijke personen indien gewenst. In deze voorbereidende periode, kunnen patiënt en/of naasten desgewenst reeds contact opnemen met een begrafenisondernemer.

EMOTIONELE ONDERSTEUNING EN TIPS

Ondersteun de patiënt en naasten emotioneel door hen de tijd te geven om zich mentaal en emotioneel voor te bereiden op de uitvoering. Indien mogelijk, is het wenselijk dat de arts of een andere professional een aantal dagen voor de uitvoering op huisbezoek gaat om poolshoogte te nemen van hoe patiënt en naasten het stellen.

Indien patiënten en naasten dit zelf willen, kan u hen aanmoedigen om een ritueel te plannen dat hen helpt op een waardige en mooie manier afscheid te nemen. Onderstaande tips kan u reeds meegeven vooraleer de datum van de euthanasie wordt afgesproken, opdat mensen hiervoor voldoende tijd hebben.

Bespreek hoe een **AFSCHEIDSRITUEEL** kan bijdragen aan een betere rouwverwerking door het creëren van een persoonlijke, betekenisvolle herinnering.

Vraag in welke mate het gewenst is dat **ZORGVERLENERS EN/OF SPIRITUELE/RELIGIEUZE MODERATOREN** zelf een rol spelen in het afscheidsritueel en respecteer de wensen van de patiënt en naasten. Bied aan om moderator te zijn.

Geef **VOORBEELDEN** mee aan de patiënt en de naasten hoe ze een betekenisvol **AFSCHEIDSRITUEEL** kunnen organiseren en/of breng ze in contact met iemand die daaromtrent kennis van zaken heeft. Mogelijke voorbeelden kunnen zijn: laatste maaltijd, brieven schrijven, herinneringsboek (bijvoorbeeld Amfora), diavoorstelling, videoboodschap.

PRAKTISCHE VOORBEREIDING: TIPS VOOR NAASTEN

Geef de naasten mee dat ze tijdens de voorbereiding van euthanasie al contact kunnen opnemen met een begrafenisondernemer indien ze dit wensen.

Als de euthanasie thuis zal worden uitgevoerd, laat de patiënt en naasten dan nadenken over **wat ze willen dat er met het lichaam gebeurt**. Spoor hen aan na te denken over hoelang ze wensen dat het lichaam thuisblijft.

Indien de patiënt in een ziekenhuis overlijdt, **toetst** men op voorhand **af of de naasten de patiënt nog willen terugzien na het overlijden**. Zo ja, zorgt men ervoor dat de naasten een zo mooi mogelijk beeld kunnen hebben daar waar dit het rouwproces ten goede komt¹³.

UITVOERING IN HET WOONZORGCENTRUM

Ingeval de euthanasie wordt uitgevoerd in een woonzorgcentrum, informeert men – mits uitdrukkelijke toestemming van de patiënt – personeel en medebewoners over de geplande euthanasie. Organiseer, indien gewenst, een moment waarop bewoners en personeel afscheid kunnen nemen van de patiënt in een respectvolle en rustige setting.

Bespreek op voorhand met de patiënt wat hij/ zij wenst dat er met het lichaam gebeurt en – indien van toepassing – elk protocol het woonzorgcentrum hiervoor heeft. Neem gedurende de eigenlijke uitvoering maatregelen opdat er geen andere professionals of medebewoners op de kamer van de patiënt binnenstappen.

UITVOERING IN HET ZIEKENHUIS

Ingeval de euthanasie wordt uitgevoerd in een ziekenhuis, houdt u best rekening met de bezetting op de afdeling. Zo is het raadzaam de euthanasie uit te voeren gedurende de dag op een weekday, wanneer er voldoende ander personeel aanwezig is om zich over de andere patiënten op de afdeling te ontfermen.

Indien het gaat over een academisch/universitair ziekenhuis, kan men de aanwezigheid van een arts-assistent overwegen, als leermoment. *Hetzelfde geldt – in een thuissetting – voor de huisarts in opleiding.* Indien de patiënt hiervoor zijn akkoord geeft, is het raadzaam de patiënt en de arts-assistent (*/huisarts in opleiding*) in de periode voorafgaand aan de euthanasie te laten kennismaken.

Wees er u van bewust dat de uitvoering van een euthanasie (ook in een ziekenhuissetting) valt onder het beroepsgeheim. De procedure zoals omschreven in de euthanasiewet³ stelt dat de arts “indien er een verplegend team dat in regelmatig contact met de patiënt staat, het verzoek van de patiënt moet bespreken met dit team of leden van het team” (Art3,§2,4°). De wettelijke uitzondering op het beroepsgeheim inzake een euthanasieprocedure, betreft dus louter het verzoek en niet de eventuele uitvoering van de euthanasie.

Overleg omtrent bovenstaande zaken tijdig met patiënten en naasten.

BETREKKEN ANDERE ZORGVERLENERS

Mits expliciet akkoord van de patiënt, informeert de behandelend arts andere betrokken zorgverleners (bijvoorbeeld thuisverpleging) over de uitvoering van euthanasie. Zo krijgen ook zij de kans om afscheid te nemen van de patiënt.

Vraag de patiënt of hij wil dat deze zorgverleners aanwezig zijn bij de uitvoering of eventueel voorbereidend of ondersteunend werk mogen doen in functie van de uitvoering. Verken hierbij ook met welke zorgverleners de patiënt een grotere vertrouwensband heeft (bv thuisverpleging, palliatief team, ...) en houd hier rekening mee.

ADMINISTRATIEVE TAKEN

Denk op voorhand na in welke mate je financieel vergoed wilt worden voor de uitvoering van de euthanasie, en bespreek dit tijdig en transparant met de patiënt en naasten. Het is ongepast om op de dag van de eigenlijke uitvoering een financiële vergoeding te vragen: alle administratieve en financiële afspraken dienen vooraf duidelijk te zijn vastgelegd. Wees er u van bewust dat er voor de toepassing van euthanasie op heden nog geen nomenclatuurnummer bestaat. Het verzekeringscomité van het Riziv stemde in februari 2025 evenwel in om hier in de toekomst wel een nomenclatuurcode aan toe te kennen. Artsen (zowel specialisten als huisartsen) zouden voor de uitvoering van euthanasie een vergoeding van €180,24 krijgen, via de derdebetalersregeling¹⁴. Andere vergoedingen voor raadplegingen, huisbezoeken, adviezen etc. kunnen nog met deze nieuwe nomenclatuurcodes gecombineerd worden. (*Ter info: slechts na*

de goedkeuring van het Koninklijk Besluit door de ministerraad zal dit in het Koninklijk Staatsblad verschijnen. Pas na deze publicatie treedt de regeling in werking).

Minimaliseer administratieve taken op de dag van de uitvoering en vul de overlijdensakte op voorhand zo veel mogelijk in. Wees u ervan bewust dat wanneer iemand overlijdt d.m.v. euthanasie, deze geacht wordt een natuurlijke dood te zijn gestorven⁴. Het gegeven dat de patiënt overleed ingevolge euthanasie behoort tot het medisch geheim.

MEDISCH-TECHNISCHE HANDELINGEN

Een goede samenwerking met de apotheker is van belang. Ga na of alle euthanatica beschikbaar zijn in de apotheek en/of hoelang het duurt om deze te bestellen. Wees er u van bewust dat ook apothekers hun medewerking kunnen weigeren o.b.v. principiële bezwaren, waarbij u dient te worden doorverwezen. Licht de apotheker alleszins tijdig in omtrent de geplande uitvoering, zodat hij/zij niet onder tijdsdruk dient te werken.

Controleer bij de apotheek of **ALLE BENODIGDE EUTHANATICA OP VOORRAAD ZIJN** en hoe lang de eventuele leveringstermijn is. Spreek af wanneer de medicatie kan worden opgehaald (dit gebeurt verplicht door de arts) en hoe dit op een discrete manier kan gebeuren.

Zelfs bij de meest ervaren artsen kan iets mislopen met de toediening van medicatie. Daarom wordt, zeker bij een uitvoering in de thuissetting, sterk aanbevolen om alles dubbel te bestellen (omwille van de snelheid van afgifte in een ziekenhuis is dit aldaar niet nodig)⁴.

Informeer u tijdig en overleg met de apotheker over de **VEILIGE EN JUISTE DOSERINGEN** voor de specifieke patiënt.

INFORMEER de **APOTHEEK** omtrent het **EXACTE TIJDSTIP VAN DE UITVOERING** (met de vraag om bereikbaar te zijn) en licht hem/haar in na afloop ervan.

Alle **NIET-GEBRUIKTE MEDICATIE WORDT TERUGGEBRACHT** naar de betrokken apotheek. Deze geeft u een ontvangstbewijs bij terugname van de medicatie⁴.

VOORZIE ZELF alle medische producten en materialen voor de uitvoering.

CONTROLEER TIJDIG DE BESCHIKBAARHEID van alle materialen en voorzie alle benodigdheden. In onderstaand schema vindt u een overzicht van benodigdheden, zoals weergegeven in de Pallialine richtlijn⁴.

	AANTAL	CNK-NUMMER
NaCl 0.9% 500 ml (waakinfuus)	1	804534
Perfussietrouse	1	0067769
intraveneuze katheter 18G of 20G	1	0246223
of: vleugelnaald (butterfly) 21G (niet aanbevolen)	1	2738201
of: Gripper naald 21G 1,9 cm (patiënten met Port-a-cath)	1	1425818
driewegkraan met slang 50 cm PVC	1	0383182
NaCl 0,9 % /10ml amp	2	2668093
wegwerpspuit 20 ml	1	1444298
wegwerpspuit 10 ml	2	3021789
naalden 18G (optrek-)	5	1730860
pleisters type mefix	1	0614974

Informeer ook de patiënt en naasten dat u als arts verantwoordelijk bent voor het regelen van alle benodigde producten en materialen, om hen extra stress en zorgen te besparen.

Bereid u degelijk voor op medisch-technische handelingen voor de uitvoering (Hierover meer in KNMG/KNMP Richtlijn¹¹ en in Pallialine²). Hoewel de wet geen medische techniek oplegt voor de uitvoering van euthanasie, bestaat er eensgezindheid over de meest adequate methode, met name de intraveneuze, voor een snelle en pijnloze uitvoering^{4,6}.

Overweeg om volgende goede praktijken toe te passen rond medisch-technische handelingen bij de uitvoering van euthanasie:

- Zorg ervoor dat **alle medicatie duidelijk gelabeld** is met de specifieke functie: sedatie, coma-inductie, en lethale middelen.
- Voer de **voorbereidingen** van de medisch-technische handelingen **in een aparte kamer** uit, zodat de patiënt en naasten dit niet kunnen zien.
- Gebruik de **intraveneuze methode** voor de toediening van de euthanatica^{4,15}.
 - Plaats de intraveneuze toegangspoort of katheter op voorhand om moeilijkheden tijdens de uitvoering te vermijden, bijvoorbeeld de dag of enkele uren (max. 24 u) vóór de uitvoering. Bevraag bij de patiënt welke timing hij prefereert.
 - Indien u zelf geen tijd vindt of hier onvoldoende ervaring mee hebt, laat dit doen door andere zorgverleners die beschikken over de nodige vaardigheden, zoals een verpleegkundige, lid van een palliatief zorgteam, anesthesist, etc.
 - Zit als uitvoerend arts naast de patiënt tijdens het inspuiten van de medicatie, om een gevoel van nabijheid en steun te bieden.
 - Overweeg de toediening van midazolam om de patiënt in een lichte slaaptoestand te brengen⁴ voor de eigenlijke uitvoering. Indien de patiënt het moment van comainductie niet wil meemaken, kan men gebruik maken van dergelijke premedicatie.

Als kanttekening geven we mee dat er in zeer zeldzame gevallen wordt geopteerd voor een euthanasie-uitvoering via de orale methode (barbituraatdrank) wanneer de patiënt dit zelf expliciet verkiest. Zelfs bij keuze voor de orale methode, dient de arts steeds een volledige noodset te voorzien van intraveneuze euthanatica en materialen. De arts bespreekt op voorhand

met patiënt en naasten dat men zal overgaan tot de intraveneuze methode indien de patiënt niet binnen de afgesproken tijd overlijdt na orale inname (bijv. twee uur) of wanneer de patiënt de drank uitbraakt.¹⁵ Wees er u evenwel van bewust dat er consensus bestaat over de intraveneuze methode als aanbevolen voor de uitvoering van euthanasie: in de Palliative richtlijn voor euthanasie wordt duidelijk aangegeven dat de orale toediening van middelen voor levensbeëindiging (net zoals de intramusculaire, subcutane en rectale methodes) onvoldoende betrouwbaar zijn om een kwaliteitsvol sterven te garanderen.⁴

ANDERE DAN (STRIKT) MEDISCHE HANDELINGEN BIJ UITVOERING

Overweeg de volgende niet medisch-technische praktijken bij de uitvoering van euthanasie:

- **Kom op tijd.** Dit impliceert ook dat u noch andere zorgverleners te vroeg komen. Vaak hebben patiënten en naasten gerekend op de tijd die ze nog samen kunnen spenderen¹³. In een ziekenhuissetting is het zinvol dat een zorgverlener de patiënt en naasten informeert wanneer de uitvoerend arts aankomt op de afdeling (om hen voldoende tijd voor het moment van afscheid te gunnen).
- Zet uw **GSM op stil** en vraag de andere aanwezigen om dit ook te doen.
- Vraag de patiënt nog eenmaal expliciet of hij euthanasie wil.
- **Leg de medisch-technische handelingen nog eens kort uit** aan de patiënt en de naasten en laat ruimte voor vragen.
- Voer zoveel mogelijk **technische voorbereidingen op voorhand**, dan wel in een aparte ruimte uit.
- **Bied ruimte en tijd voor een afscheidsritueel** en voor het eigenlijke afscheid.
- **Erken naasten van de patiënt in hun rol** en plaats uzelf als zorgverlener niet onnodig op de voorgrond¹³. Geef hen voldoende tijd en ruimte om afscheid te nemen, zonder u eventueel even af.
- **Neem** ook **zelf afscheid** van de patiënt.
- Voorzie een **professional** die de **psychosociale, existentiële ondersteuning** op zich neemt (of hiervoor ter beschikking staat indien nodig).
- Wanneer de euthanasie plaatsvindt in de thuissetting, neemt u **alle gebruikte producten en materialen terug mee** opdat naasten hier niet mee geconfronteerd worden.
- **Geef uzelf rust** als uitvoerende arts na de uitvoering van euthanasie. Plan nadien geen zware of psychologisch belastende activiteiten en doe best geen consultaties meer.
- Plan idealiter kort na de uitvoering een **debriefing met alle betrokken professionals**, waarbij u polst naar eventuele psychologische behoeften.
- Plan **nazorg** voor de naasten van de patiënt (zie rubriek onder ‘ondersteuning aan naasten’). Voorzie de naasten van contactgegevens over waar ze terecht kunnen voor nazorg, bv. rouwzorg.

AANGIFTE NA DE UITVOERING

Wees u bewust van de aangifteplicht: de arts die een euthanasie uitvoert, dient hiervan binnen de vier werkdagen aangifte te doen (aangetekend tegen ontvangstbewijs) aan de Federale Controle en Evaluatie Commissie Euthanasie⁶. Het kan aangewezen zijn deze registratie reeds samen met de overlijdensakte voor te bereiden, dan wel deze te vervolledigen in de uren na de uitvoering. Deze aangifte gebeurt via een voorgedrukt registratiedocument, beschikbaar op de website van de Commissie.

ZELFZORG ARTSEN

Het is goede praktijk voor artsen om geen euthanasie uit te voeren die niet goed aanvoelt. Het is daarom belangrijk om zelf **van tevoren grenzen te bepalen en hierover helder te communiceren**.

Houd als behandelend/uitvoerend arts **rekening met** je **eigen psychologische en emotionele draagkracht** en de mogelijke impact van het doorlopen van een geheel euthanasietraject.

- Wees je bewust van de impact die frequent uitvoeren van euthanasie kan hebben en **begrens het aantal euthanasie-uitvoeringen** dat je opneemt binnen een bepaalde tijdsperiode.
- Neem regelmatig de **tijd om te reflecteren** over je gevoelens en ervaringen na het uitvoeren van euthanasie om eventuele emotionele belasting vroegtijdig te herkennen. Verwerk emotionele belasting via bv. psychologische ondersteuning, intercollegiaal overleg of LOK-groepen.
- **Trek u terug uit het euthanasietraject indien u merkt dat uw psychologisch welbevinden te sterk wordt beïnvloed** door uw betrokkenheid. Doe dit echter op een empathische manier en communiceer daarover duidelijk naar de patiënt en zijn/haar naasten. Besteed hierbij, liefst op proactieve manier, aandacht voor de continuïteit van zorgverlening.
- Monitor en ondersteun als behandelende arts het **psychologisch welzijn van andere betrokken professionals**.
- **Verduidelijk dat iedere professional zich kan terugtrekken** uit het euthanasietraject wanneer ze aanvoelen dat hun betrokkenheid hen mentale schade berokkent. Wees aandachtig voor tekenen van emotionele uitputting bij betrokken professionals.
- Zorg voor een **veilige omgeving** waar professionals openlijk hun gevoelens en ervaringen kunnen delen zonder oordeel.
- Des te belangrijker bij medische praktijken zoals euthanasie: stimuleer en faciliteer regelmatige **peer support-gesprekken** (bijvoorbeeld via LOK-groepen) om ervaringen te delen en emotionele ondersteuning te krijgen/bieden.

LITERATUURLIJST

1. Over palliatieve zorg en euthanasie. Federatie palliatieve zorg vlaanderen, 22 september 2011.
2. Competentiegebieden volgens de CanMeds. Vrije Universiteit Brussel, faculteit geneeskunde en farmacie. Te raadplegen via https://gf.vub.ac.be/images/PDF/Stage/Competentiegebieden_CanMeds.pdf
3. 28 mei 2002 – Wet Betreffende de Euthanasie (1). Ministerie van Justitie, Belgisch staatsblad, 22 06 2002.
4. Richtlijn euthanasie voor hulpverleners, actualisering 2021 06. De Laat M, De Coninck C, Derycke N, Huysmans G, Coupeuz V. Richtlijn uitvoering euthanasie, oktober 2018. Toegankelijk via www.pallialine.be
5. Wilsverklaring inzake euthanasie. FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.
6. Informatiebrochure voor de artsen, september 2015. Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie.
7. Leidraad (2020): leidraad voor artsen bij het zorgvuldig uitvoeren van euthanasie. (w.e.m.m.e.l., expertisecentrum waardig levenseinde).
8. Schema ter beoordeling van het lijden, SCEN – een programma van KNMG. Gerrit Kimsma.
9. KNMG-richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der geneeskunde. Utrecht, april 2010.
10. Advies nummer 73 van 11 september 2017 betreffende euthanasie in geval van niet-terminale patiënten, psychisch lijden en psychiatrische aandoeningen. Belgisch raadgevend comité voor de bio-ethiek.
11. Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge een psychiatrische aandoening. Actualisering advies van de Nationale Raad der Artsen van 27 april 2019.
12. ‘Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader?’ Adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten (2017).
13. Boven, C., Van Den Noortgate, N., & Dillen, L. (2023) Rouwzorg op maat aan naasten voor, tijdens en na euthanasie: Praktijkhandvaten voor artsen, verpleegkundigen en psychologen werkzaam in de ziekenhuis- en/of thuissetting. Gent: UZ Gent.
14. Belgische artsen krijgen eindelijk een tarief voor euthanasie. Medi-sfeer, 7 februari 2025. Te raadplegen via <https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/belgische-artsen-krijgen-eindelijk-een-tarief-voor-euthanasie.html>
15. Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, KNMP en KNMG, september 2021.