

➔ **BVAS MET PROMETHEUS**
in verkiezingsmodus ... 2-3

➔ **ELZ: preliminaire**
resultaten tegen eind
van het jaar ... 4-5

➔ **SPAARPOTJE OPBOUWEN**
in bitcoins? ... 6

➔ **SOLOARTS GAAT**
MULTIDISCIPLINAIR
onder één dak ... 10



MST1826N

▶ Lees op pagina 8-9.

Opleiding MFO-moderatoren

Domus Medica organiseert op 6 september een opleiding voor MFO-moderatoren. De koepel ontwikkelde zelf programma's en is meewerkende partner in verschillende programma's van de apothekersverenigingen. Om die MFO's in goede banen te leiden, zijn er deskundige moderatoren nodig. De opleiding is gratis. Ze wordt gegeven door de collega's die de MFO-pakketten hebben ontwikkeld. Op het ogenblik dat we deze krant afsloten, waren er voor de avond van 6 september drie opleidingen toegezegd: chronische nierinsufficiëntie, directe orale anticoagulantia en medicatienazicht bij risicopatiënten met polyfarmacie. Mogelijk komen er nog een aantal bij.

Meer info op www.domusmedica.be.

Een nieuwe Nederlandse trend slaat hier en daar naar Vlaanderen over. In Nederland ligt een wetsvoorstel klaar waarbij 75-plussers op eenvoudig verzoek euthanasie kunnen krijgen, als er sprake is van levensmoeheid. "Dat voelt niet goed aan", zegt Gert Huysmans, voorzitter van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (FPZV). "Tussen een vraag naar euthanasie en de uitvoering ervan, moet je als arts de zorg kunnen inschakelen: zijn er zorgopties om het leven weer kwaliteitsvol en draaglijk te maken?" Dr. Huysmans wijst erop dat een slordige en sensatiegerichte mediatisering van euthanasie ons vervreemdt van het normale levenseinde annex stervensproces. "Je wordt als arts door de familie haast onder druk gezet. Ze bestempelen de toestand van een ouder in zijn laatste levensfase als ondraaglijk of onwaardig. Maar als je met de betrokkene zelf praat, merk je soms dat hij het helemaal niet zo moeilijk heeft met zijn situatie." De FPZV-voorzitter pleit voor het handhaven van de zorgvuldigheidscriteria in de euthanasiewet. Hij pleit zelfs voor meer zorgvuldigheid. ■

Dr. Michèle Langendries

focus
cogniton[®]

REVOLUTIONAIRE TECHNIEK

MET FYTOSOMEN

ABSORPTIE **x 3.5**

VERBETERDE FORMULE:
ONDERSTEUNT HET
GEHEUGEN EN DE
CONCENTRATIE

2016/32 - COGN - PUBL. MADE 10/16

WWW.MEDI-SFEEER.BE

Levensmoeheid: eerst zorg, pas daarna euthanasie

Te midden van het conflict tussen de Belgische Broeders van Liefde en het Vaticaan flakkerde het euthanasiedebat deze zomer weer op. Actieve levensbeëindiging bij niet-terminaal zieke patiënten, het blijft een heikel punt. "Dokter, wat doe ik hier nog?" titelde *De Standaard* d.d. 12 augustus. "Als een patiënt in zulke omstandigheden naar euthanasie vraagt, moet je als huisarts voor ogen houden dat die patiënt lijdt", zegt dr. Gert Huysmans (huisarts in Wuustwezel, voorzitter van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, FPZV). "Dat lijden moet je exploreren, net zoals bij iedere andere vraag naar euthanasie."

Ook bij ouderen moet men daarvoor breed naar de situatie van de patiënt kijken, over de grenzen van medisch-fysische oorzaken heen. "Euthanasievragen, bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum, komen niet noodzakelijk van de bewoners die er lichamelijk het ergst aan toe zijn", stelt dr. Huysmans vast. Sociale en existentiële factoren kunnen een rol spelen, zoals het feit dat de bewoner weinig of geen bezoek krijgt, en daarbij het gevoel heeft voor niemand nog iets te betekenen. Als psychische oorzaak is vooral depressie van belang.

Kan zorg helpen?

Als de oorzakelijke factoren eenmaal in kaart gebracht zijn, kan men nagaan of er daarvoor een oplossing bestaat. "Net zoals je dat doet met een kankerpatiënt die euthanasie vraagt", aldus dr. Huysmans. "Je gaat na of zijn lijden wel adequaat behandeld is. Dat is een stap die vaak moeilijk ligt bij niet-terminaal zieke patiënten. Inadequate reacties kunnen twee richtingen uitgaan. Ofwel reageert de arts defensief en werpt hij onmiddellijk tegen dat het volgens de wet niet kan. Ofwel gaat hij sterk mee in de vraag van de patiënt, waardoor het snel tot een afspraak rond de uitvoering van de euthanasie komt. In beide gevallen schiet de hulpverlening tekort."

"In de zorg voor een persoon met levensmoeheid is de arts niet de enige speler. Als er een probleem van sociaal isolement blijkt te bestaan, dan kan hij



Als iemand zich zonder duidelijke medische grondslag als levensmoe bestempelt, kan hij volgens de letter van de wet geen euthanasie krijgen.

bijvoorbeeld de naasten contacteren via de maatschappelijk werker van het woonzorgcentrum. Ook vroegtijdige zorgplanning is een nuttige maatregel. Het kan voor de patiënt geruststellend zijn als hij op papier kan zetten welke zorg hij wel en niet meer wil."

Zorgvuldigheidscriteria

Persisteert de vraag naar euthanasie in dat stadium, dan moet de arts nagaan of de patiënt beantwoordt aan de wettelijke criteria voor euthanasie. "In het kader van euthanasie moet je als arts kunnen omgaan met de dialectiek tussen de wetgeving en ethisch verantwoorde zorg. Je mag je enerzijds niet achter de wet verschuilen, maar anderzijds zitten er in die wet een aantal zorgvuldigheidscriteria die goede zorg bevorderen", weet de FPZV-voorzitter. Hij becommentarieert de criteria die de wet (naast wilsbekwaam-

heid) vooropstelt om euthanasie te kunnen uitvoeren:

- **Ondraaglijk lijden.** "Dat is voor een stuk subjectief. Je kan niet in iemands plaats bepalen of zijn lijden ondraaglijk is. Maar je moet als arts toch minstens die ondraaglijkheid kunnen invoelen. Dat betekent niet noodzakelijk dat je de situatie ondraaglijk zou vinden als je er zelf in zat. Maar je empathisch vermogen moet je wel een signaal geven als de patiënt ondraaglijk lijdt."
- **Uitzichtloosheid.** "Hiervoor moet je een analyse maken. Roep indien nodig de hulp in van een gerontopsychiater."
- **Het ondraaglijk lijden moet veroorzaakt zijn door ziekte of ongeval.** "Ziekte kan een veelheid aan kleine gezondheidsproblemen zijn, die samen een toestand van kwetsbaarheid uitlokken, met een beperkte levensverwachting als gevolg. Maar in ieder geval: als iemand zich zonder duidelijke medische grondslag als levensmoe bestempelt, kan hij volgens de letter van de wet geen euthanasie krijgen. Als je de patiënt eenmaal uitgelegd hebt waarom hij geen euthanasie kan krijgen, dan moet je hem ook duidelijk maken dat je voor hem zal blijven zorgen, zodat zijn leven zo draaglijk mogelijk blijft. Het euthanasietraject stopt, maar niet de zorg." ■

Dr. Michèle Langendries

Een maatschappelijke verantwoordelijkheid

Via verschillende wegen heeft onze maatschappij de hand in het optreden van levensmoeheid. Sommige mechanismen zijn moeilijk te beïnvloeden, maar op andere kan men gemakkelijker ingrijpen. "Het is waarschijnlijk geen toeval dat levensmoeheid de jongste tijd zo op de voorgrond treedt", zegt Gert Huysmans. "In een tijdspanne van een paar generaties is er heel wat veranderd in de manier waarop wij ouderen omkaderen. Onze kerngezinnen zijn tegenwoordig

kleiner en/of minder stabiel, waardoor zorgbehoevende ouderen vaker en vaker in een woonzorgcentrum terecht komen." "We hebben een ouderenzorg uitgebouwd die niet altijd beantwoordt aan de noden van de bewoners om een goede levenskwaliteit te behouden. De Amerikaanse arts Atul Gawande vertelt in zijn boek *Being mortal* dat men in een woonzorgcentrum huisdieren had toegelaten, en aan iedere bewoner een plant had toevertrouwd. Dat had een enorme

impact op het welbevinden van de bewoners: ze voelden zich opnieuw nuttig. In een ander experiment had men aan de deur van de kamers een bel geïnstalleerd. Met andere woorden, de zorgverleners liepen niet meer bij de bewoners binnen en buiten naar eigen goeddunken. Het lijkt voor de hand liggend dat je als zorgverlener vrije toegang hebt, maar allicht ziet de bewoner dat niet zo. Zingeving en het behoud van autonomie kunnen een rol spelen bij het al dan niet optreden van levensmoeheid. Ook buurtwerking

en ondersteuning van mantelzorgers zijn aandachtspunten."

"En dan is er nog de impact van de media. De vergrijzing wordt in de pers voortdurend geëtaleerd als een last met een hoge kostprijs. We moeten proberen om ouderdom onder de aandacht te brengen, niet louter als een probleem, maar als een kans. Het is een verworvenheid dat mensen na het beëindigen van hun professionele activiteiten nog met een nieuwe levensfase kunnen aanknopen."



Dr. Huysmans:

“De mogelijkheid om euthanasie te krijgen op zuiver verzoek zou rampzalige gevolgen kunnen hebben, bijvoorbeeld bij een zwaar depressieve patiënt met suïcidegedachten.”

Het borrelt hier en daar. In december vorig jaar pakte de liberaal-democratische partij D66 in Nederland uit met een nieuw wetsvoorstel rond levensbeëindiging bij 'het voltooide leven', zoals onze noorderburen het uitdrukken. Volgens het wetsvoorstel moeten 75-plussers met levensmoeheid toegang krijgen tot levensbeëindiging, ook als ze niet aan zorgvuldigheidseisen zoals een oorzakelijke aandoening voldoen. Gert Huysmans heeft bedenkingen.

Het einde van de zorgvuldigheids-criteria...?

Twee derde van de situaties waarin euthanasie wordt toegepast, gaat tegenwoordig gepaard met een of andere vorm van palliatieve zorg.

“**D**ie leeftijdsgrens van 75 jaar is geen goed criterium. Het ritme waaraan mensen verouderen varieert sterk van persoon tot persoon. Sommige mensen zijn levensmoe vóór de leeftijd van 75 jaar. Het leeftijdscriterium zou deze groep dus benadelen.” En sowieso vindt de FPZV-voorzitter het omzeilen van zorgvuldigheidscriteria een foute insteek.

“Als de zorgvuldigheidscriteria uit de wet verdwijnen, ontstaat er een systeem van levensbeëindiging op verzoek. Het gaat dan letterlijk om hulp bij zelfdoding. Die term wordt momenteel wat ongelukkig gebruikt om te verwijzen naar euthanasie met een oraal middel. (*)”

“De grote verdienste van de huidige wetgeving is dat de zorg bij het beslissingsproces betrokken wordt. Een beslissing rond euthanasie wordt pas genomen nadat de arts samen met de patiënt en zijn familie alle opties heeft overwogen die het leven verder kwaliteitsvol en draaglijk kunnen maken. Euthanasie komt in beeld als alle betrokkenen aanvoelen dat het de beste optie is. Vandaar mijn visie: de beslissing om tot euthanasie over te gaan kan alleen worden genomen binnen een relatie die zich tussen arts en patiënt heeft opgebouwd.”

“De mogelijkheid om euthanasie te krijgen op zuiver verzoek zou rampzalige gevolgen kunnen hebben, bijvoorbeeld bij een zwaar depressieve patiënt met suïcidegedachten. Als die patiënt euthanasie vraagt, kan de arts

binnen de huidige wetgeving laten gelden dat er a priori geen sprake is van uitzichtloosheid. Veegt men de zorgvuldigheidscriteria van tafel, dan staat de arts machteloos. Hetzelfde geldt voor levensmoeheid, zeker omdat het hier om een fluctuerende toestand gaat, met hoogten en laagten.”

“Twee derde van de situaties waarin euthanasie wordt toegepast, gaat tegenwoordig gepaard met één of andere vorm van palliatieve zorg. In de vijftien jaar sinds de goedkeuring van de wet rond euthanasie, heeft men dus duidelijk ingezien wat het belang is van de interactie met zorg.”

In Nederland zijn de meningen over het nieuwe wetsvoorstel verdeeld. In grote lijnen kan men stellen dat de liberale en de linkse partijen het steunen, terwijl de christendemocraten tegen zijn. In ons land kreeg het wetsvoorstel onlangs bijval van Open VLD-parlementslid Jean-Jacques De Gucht. ■

M.L.

Dr. Huysmans is voorzitter van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (www.palliatief.be).

(*) Als men bij levensbeëindiging rekening houdt met de wettelijke zorgvuldigheidscriteria, is er sprake van euthanasie, ongeacht of het middel parenteraal dan wel oraal wordt toegediend. Men spreekt van hulp bij zelfdoding als de arts helpt bij het uitvoeren van een levensbeëindiging op zuivere vraag van de patiënt.

... of nog meer zorgvuldigheid?

Tegen de draad van het nieuwe wetsvoorstel in, pleit Gert Huysmans voor een meer uitgespitte reflectie rond euthanasievragen afkomstig van niet-terminaal zieken: “Ik denk dat we de wet moeten verfijnen met het oog op deze groep patiënten. Momenteel zit de wetgeving vast aan de één-op-één-relatie tussen arts en patiënt. Er moet meer multidisciplinair gewerkt worden, anders sluipt er te veel subjectiviteit in de reflectie. Men zou regionale toetsingscommissies van experts kunnen samenstellen waar je als arts met een dossier terecht kan. Niet zoals het nu is: een zuiver formele controle achteraf, waarbij niemand nog heibel wil maken over een gedane zaak. Bij multidisciplinair overleg a priori kan men efficiënter alle mogelijke zorgopties in overweging nemen.”

“Als huisarts sta je toch wel kwetsbaar in een situatie waarbij er euthanasie gevraagd wordt, omdat je vaak de patiënt en zijn familie al langer kent. Daardoor laat je je gemakkelijk meeslepen. Multidisciplinair overleg geeft je een houvast.”