

## **Opstelling en keuzes van Geriant inzake euthanasie verbonden met dementie**

Het onderwerp euthanasie bij dementie krijgt steeds meer een plaats in het dagelijks werk van medewerkers van Geriant. Hoewel het aantal vragen in absolute zin beperkt is, zijn ze bijna altijd indringend en doen ze een sterk appèl op onze professionals. Waar staat Geriant in deze? Welke opstelling kiezen we?

### **1. Hoe positioneert Geriant het onderwerp euthanasie in algemene zin in haar dagelijkse werk?**

Geriant (h)erkent het belang van het onderwerp euthanasie bij dementie. We constateren dat het met enige regelmaat onderwerp van gesprek is in de contacten met cliënten en dat dit in de laatste jaren steeds vaker voorkomt. In algemene zin willen we daarover voor zowel onze cliënten als onze medewerkers een klimaat van bespreekbaarheid creëren.

#### ***Naar onze cliënten:***

Onze hulpverleners staan open voor het onderwerp en gaan het gesprek daarover niet uit de weg. Als cliënten het aanroeren, gaan we het gesprek aan. Het is niet zo dat we er standaard zelf over beginnen, maar vanuit onze professionaliteit weten we wel te signaleren wanneer het onderwerp cliënten bezig houdt. Dan nemen we wel het initiatief en roeren het onderwerp aan. Niet alleen bieden we een luisterend oor en een ondersteunende opstelling, ook geven we hen de juiste en gepaste informatie over het onderwerp. Als zij zelf zeggen dat te willen, helpen we mensen op weg. We kunnen bij cliënten twee typen vragen onderscheiden:

- Verkennende vragen: Dit zijn vragen en zaken die cliënten bezig houden rond (gevreesd) lijden, het levenseinde en sterven. De wens tot euthanasie is daarbij nog niet concreet.
- Concrete vragen: Hierbij is er echt een overweging om euthanasie te verzoeken of de concrete wens daartoe wordt geuit.

Deze notitie sluit aan bij de situatie waarin er concrete vragen zijn gesteld. Daarover maken we onze opstelling en keuzes duidelijk.

#### ***Naar onze medewerkers:***

We weten dat het voor medewerkers om indringende problematiek kan gaan die ook bij hen zelf sterke gevoelens kan oproepen. Het kan een groot beroep doen op hun rol als hulpverlener en in die zin ook emotioneel belastend zijn. Vaak ook roept het reflectie op t.a.v. eigen normen en waarden. Daar willen we binnen de organisatie oog voor hebben. Er is ruimte om dat met collega's te bespreken, de behandelverantwoordelijk artsen weten dat ze daarbij niet alleen een rol naar cliënten maar ook naar medewerkers hebben, er is gelegenheid ervaringen en keuzes met elkaar te delen en bespreken. Daarvoor zullen we naast het werkoverleg ook een bijzondere vorm van intervisie, het 'moreel beraad' gaan introduceren.

Om hen bij te staan in het contact met de cliënt hierover, zal er een notitie met richtlijnen en tips voor het gesprek hierover beschikbaar komen.

#### ***Naar de huisartsen:***

Voor het onderwerp euthanasie zijn de huisartsen onze cruciale samenwerkingspartners (zie punt 4 van deze notitie). We herkennen in de relatie met hen een duidelijk twee richtingsverkeer. We willen de huisartsen entree geven voor de 'euthanasie bij dementie' vragen waarmee zij worstelen en zij een beroep willen doen op onze ervaring en deskundigheid. Anderzijds spreken wij de huisartsen aan als de problematiek speelt bij onze cliënten en doen we een beroep op hun ervaring met euthanasie bij somatische ziekten. We zoeken actief naar de goede samenwerking en rolverdeling.

## **Opstelling en keuzes van Geriant inzake euthanasie verbonden met dementie**

### **2. De principiële keuze: is Geriant wel of niet actief betrokken bij euthanasie?**

Voor Geriant is euthanasie bij dementie weliswaar denkbaar en voorstelbaar maar Geriant voert zelf geen actieve vorm van euthanasie bij cliënten uit. Medewerkers van Geriant participeren niet actief in uitvoerende euthanasie-handelingen. De centrale rol en daarmee 'de regie' bij euthanasie blijft ons inziens toebedeeld aan de huisarts. Dat betekent niet dat we geen betrokkenheid kennen. We staan open voor het gesprek, kunnen een klankbord zijn voor besluitvorming, zien een rol in de beoordeling van wilsbekwaamheid en zijn bereidwillig inzake overleg en steun naar de huisarts.

### **3. Welke rol wordt er voor Geriant gezien in het proces, c.q. de zorgvuldigheidseisen, verbonden met euthanasie?**

In bijlage 1 zijn de zorgvuldigheidseisen bij een verzoek tot euthanasie kort samengevat. Hulpverleners van Geriant kunnen bij verschillende daarvan een rol spelen. Aangezien uitspraken van hulpverleners van Geriant hierin verstrekkende gevolgen kunnen hebben, geldt als algemene beleidslijn dat hulpverleners bij zaken verbonden aan de zorgvuldigheidseisen bij euthanasie pas standpunten hierover innemen of uitspraken doen als de casus is besproken met de behandelverantwoordelijk arts van Geriant. Indien daadwerkelijk het traject tot euthanasie wordt ingezet van een bij Geriant in behandeling zijnde cliënt, wordt dit tevens gemeld bij de eerste geneeskundige. In samenspraak met deze worden de te volgen stappen gezet. Overigens mag alleen een arts een verzoek tot euthanasie inwilligen. In algemene zin kunnen hulpverleners het gesprek en de vragen over euthanasie hanteren. Ook kennen zij de problematiek van cliënten in de regel goed, weten zij wat cliënten bezig houdt en hoe deze hun situatie beleven. Dat geeft de volgende ruimte en mogelijkheden bij de zorgvuldigheidseisen bij een verzoek tot euthanasie verbonden met dementie:

- *Vrijwillig en weloverwogen verzoek*  
Hier is bij dementie wilsbekwaamheid al snel een punt van afweging. Daar wordt in punt 5 apart op ingegaan. Wat hierbij ook een belangrijke rol speelt is de opstelling van familie en andere naasten van de cliënt. In samenspraak met de cliënt worden deze door hulpverleners van Geriant bij het gesprek betrokken.
- *Uitzichtloos en ondraaglijk lijden*  
Principieel is dit uiteindelijk ter beoordeling aan de (huis)arts die de euthanasie eventueel gaat uitvoeren. Hulpverleners van Geriant kunnen, indien daarom gevraagd, hun mening aan deze arts geven.
- *Voorgelicht over de situatie en vooruitzichten*  
Hulpverleners van Geriant zijn deskundig op het terrein van dementie en het ziekteverloop hiervan. Zij kunnen cliënten hier over in algemene zin voorlichten. Echter, dat gebeurt vanuit de wetenschap dat individuele prognoses moeilijk blijven. Dat wordt aan cliënten dan ook uitgelegd.
- *Geen redelijke andere oplossing*  
Hulpverleners van Geriant kunnen een actieve rol vervullen om de voorlichting over deze onderwerpen in samenspraak met de huisarts vorm te geven. De weging van deze factoren is aan de huisarts.
- *Beoordeling door onafhankelijk arts*  
Deze rol zullen artsen van Geriant niet vervullen. Het wordt overgelaten aan zogenaamde SCEN (*Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*) -artsen.
- *Zorgvuldig uitgevoerd*

## **Opstelling en keuzes van Geriant inzake euthanasie verbonden met dementie**

Geriant speelt bij dit criterium geen rol, het is aan de uitvoerend arts (zie ook bij "tenslotte" aan het einde van deze notitie.)

### **4. Hoe wordt aangekeken tegen de positie en samenwerking met de huisarts?**

Voor Geriant is en blijft de huisarts de centrale persoon bij een euthanasieverzoek. Hij is in de thuissituatie de behandelverantwoordelijke en daarmee degene die de knoop moet doorhakken. Het (eventueel) daadwerkelijk uitvoeren van de euthanasie is daarmee ook aan de huisarts. Wél kennen de hulpverleners van Geriant de cliënt en situatie vaak goed. Dat vraagt om zorgvuldig samen oplopen met de huisarts vanaf een tijdig moment. Als euthanasie concreet onderwerp van gesprek wordt, zal de hulpverlener van Geriant dan ook actief contact met de huisarts zoeken. Die handelwijze bespreken we met onze cliënten, zeker als zij dat (nog) niet zelf hebben gedaan. We vinden het van groot belang tijdig met de huisarts te overleggen. Deze mag niet verrast worden door de overwegingen van een cliënt, al langer in gesprek over het onderwerp met Geriant, of zich buiten de afwegingen daarbij geplaatst voelen. We zoeken overleg en gezamenlijke exploratie en staan de huisarts bij met ons inzicht in de situatie en kennis over dementie. Een goede verdeling van rollen is inzet van het overleg. We respecteren dat de uiteindelijke beslissing aan de cliënt en de huisarts is. Een bijzondere situatie kan ontstaan als er tussen huisarts en cliënt een verschil van inzicht blijft bestaan over wat passend en wenselijk is. Een huisarts kan ook morele bezwaren hebben met euthanasie. Als een cliënt dat wenst, zullen we vanuit onze behandelrelatie desgewenst kiezen voor bemiddeling naar een andere arts indien gebleken is dat de huisarts dat niet zelf wil doen of doet.

### **5. Specifiek: welke rol speelt Geriant in het beoordelen van wilsbekwaamheid**

De beoordeling van wilsbekwaamheid vormt al snel een veel voorkomend en belangrijk onderdeel in de afwegingen bij een verzoek tot euthanasie bij dementie. Geriant acht zich op dit aspect specifiek deskundig en zal, op verzoek, een wilsbekwaamheidsbeoordeling doen. Overigens is het belangrijk je te realiseren dat de cliënt niet wilsbekwaam hoeft te zijn voor eventuele inwilliging van de euthanasiewens. Het gaat immers om het wegeen van alle zorgvuldigheids eisen.

Bij een casus waar Geriant zelf weet van heeft, zullen we de huisarts de mogelijkheid van beoordeling van de wilsbekwaamheid actief aanbieden. Bij casussen die we niet zelf kennen, zullen we positief reageren op het verzoek van de huisarts daartoe.

De beoordeling inzake wilsbekwaamheid wordt gedaan door een arts van Geriant eventueel aangevuld met relevante informatie van andere disciplines zoals de gz-psycholoog. Deze wordt uitgevoerd en gerapporteerd conform het protocol van VERENSO daarover (zie bijlage 2).

Verminderde of afwezige wilsbekwaamheid, c.q. het onvermogen om tot en goed en weloverwogen besluit te komen, kan worden belemmerd door de aanwezigheid van een ander psychiatrisch ziektebeeld. Bij het vermoeden daarop wordt de beoordeling door een ouderenpsychiater gevraagd.

## **Opstelling en keuzes van Geriant inzake euthanasie verbonden met dementie**

### **6. Welke ruimte is er bij de hulpverleners van Geriant voor individuele afwegingen bij dit onderwerp?**

Het zal voorkomen dat medewerkers tegen de grenzen van hun persoonlijke normen en waarden of professionele vaardigheden aanlopen. Geriant wil deze grenzen respecteren en zorgen voor een klimaat van bespreekbaarheid. Het kan er toe leiden dat eigen normen en waarden hulpverlening in de weg staan. Geriant zal dan, indien noodzakelijk, in overleg met de cliënt zorgen voor een adequate overdracht van de behandeling en begeleiding naar een andere hulpverlener.

#### **Tenslotte:**

De omstandigheden van onze cliënten hebben altijd hun eigen bijzonderheden. Het kan dus zijn dat het beleid dat in deze notitie is verwoord daarop in uitzonderlijke gevallen niet toereikend is. In dat geval is er ruimte voor overleg met de 1<sup>e</sup> geneeskundige en de directie en het vinden van het passende beleid in dat geval.

*oktober 2011,*

*Jan Vuister en Leny van Dalen, directeur en 1<sup>e</sup> geneeskundige*

Bijlage 1: Traject en zorgvuldigheidseisen

Bijlage 2: Over wilsbekwaamheid

Bijlage 3: Evaluatie euthanasiebeleid, najaar 2013

## Opstelling en keuzes van Geriant inzake euthanasie verbonden met dementie

### Bijlage 1

---

#### Zorgvuldigheidseisen uit de euthanasiewet:

In het kort:

- Vrijwillig en weloverwogen verzoek*  
Toelichting: centraal staat hierbij de afweging of de cliënt zelf kiest voor de dood en niet onder druk staat van anderen of de omstandigheden. Er zijn ook geen belemmerende factoren om tot een weloverwogen besluit te komen. Dat kan bij dementie echter wel het geval zijn en dan kan beoordeling van de wilsbekwaamheid aan de orde komen (zie bijlage 2)
- Uitzichtloos en ondraaglijk lijden*  
Toelichting: dat is bij dementie niet eenvoudig te objectiveren. Belangrijk is hierbij echter vooral hoe de cliënt zelf zijn ziekte en lijden ervaart.  
Ook kan het zijn dat de cliënt al eerder een wilsverklaring heeft opgesteld. Dan moet worden gezien en beoordeeld of deze onder de gegeven omstandigheden nog als actueel moet worden beschouwd.
- Voorgelicht over de situatie en vooruitzichten*  
Toelichting: een duidelijk gestelde diagnose is daarvoor het vertrekpunt, echter het gaat vervolgens vooral om de individuele prognose.
- Geen redelijke andere oplossing*  
Toelichting: Naast dementie kan er sprake zijn van andere ziektes of beperkingen waarvoor wel behandeling of andere oplossingen tot verbetering mogelijk zijn. Overigens gaat het hierbij weer niet alleen om de diagnose maar vooral ook om de gevolgen van de ziekte voor de cliënt en welke aanpassingen daarvoor (nog) mogelijk zijn.
- Onafhankelijk arts*  
Toelichting: het is voorschrift dat een onafhankelijk arts de cliënt ontmoet en beoordeelt of zijn collega-arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Meestal wordt dit gedaan door de zogenaamde SCEN-arts.
- Zorgvuldig uitgevoerd*  
Toelichting: de uitvoerend arts moet de juiste medicamenten kiezen en deze op de juiste wijze en in juiste dosering toedienen.

## Opstelling en keuzes van Geriant inzake euthanasie verbonden met dementie

### Bijlage 2

---

#### Wilsbekwaamheid

Bij dementie speelt het begrip wilsbekwaamheid al snel een belangrijke rol. Wilsbekwaamheid wordt opgevat als *'het vermogen tot het nemen van geïnformeerde beslissingen bij specifieke vragen inzake zorg en behandeling'*. De beoordeling wordt overigens niet standaard uitgevoerd maar allen als daar een concrete aanleiding voor is. Ook geldt de beoordeling van wilsbekwaamheid als ter zake. D.w.z. dat de wilsbekwaamheid niet in algemene zin wordt vastgesteld maar alleen t.a.v. de voorliggende kwestie en beslissing. Bij dementie gaat het niet alleen om het stellen van en diagnose, maar om het goed in beeld brengen van de gevolgen van de ziekte, i.h.b. de beslisvaardigheid. Dementie is dus geen synoniem voor wilsonbekwaamheid.

De artsen bij Geriant hanteren de richtlijn van VERENSO inzake de beoordeling van wilsbekwaamheid.

Beoordeling van wilsbekwaamheid vindt daarbij plaats vanuit drie beginselen:

- Zelfbeschikking of autonomie van de cliënt
- De veronderstelling van bekwaamheid
- Niet lichtvaardig besluiten tot en expliciete beoordeling van wilsbekwaamheid

De rapportage vindt op standaard wijze plaats conform onderstaande opzet:

#### Vraagstelling

1. Beschrijf om welk besluit het gaat; waarover moet de cliënt concreet beslissen.
2. Geef de aanleiding aan waarom over te gaan tot een expliciete beoordeling.
3. Geef aan welke informatie de cliënt (minimaal) moet begrijpen.

#### Voorwaarden

4. Geef aan welke (structurele) beperkingen er zijn bv. visus, gehoor, motoriek.
5. Welke hulpmiddelen / aanpassingen zijn gebruikt om de beperkingen te compenseren.

#### Beloop

6. Geef ik het kort het beloop van het gesprek aan en geef met name de uitingen weer wat betreft de criteria:
  - a. Kenbaar maken van een keuze
  - b. Begrijpen van relevante informatie
  - c. Beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie
  - d. Logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties

#### Conclusie beoordeling wilsbekwaamheid

7. Noteer de (voorlopige) conclusie
  - a. In staat tot nemen van beslissing
  - b. Deels in staat of twijfel
  - c. Niet in staat tot het nemen van een beslissing

#### Vervolg (beleid)

8. Geef aan wat de vervolgstappen zijn met name deels in staat, niet in staat en twijfel
  - a. Is er kans dat de beslisvaardigheid zal verbeteren of herstellen
  - b. Is uitstel van de beslissing mogelijk?

## Opstelling en keuzes van Geriant inzake euthanasie verbonden met dementie

### Bijlage 3

---

*'Dat zal nu zachtjes uitgaan, zegt hij.  
Dat zal nu allemaal zachtjes uitgaan.  
En dan herkent ze ook mij niet meer'.*

(Uit: Gestameld Liedboek, Erwin Mortier, 2011)

### Evaluatie euthanasie beleid Geriant

#### Inleiding:

In oktober 2011 werd de beleidsnotitie *'Opstelling en keuzes van Geriant inzake euthanasie verbonden met dementie'* vastgesteld. Er werd afgesproken dat de eerste geneeskundige dit beleid eind 2013 zou evalueren. Want wat is er van dit beleid terechtgekomen? Kunnen de artsen, casemanagers en psychologen er mee uit de voeten? Geven de richtlijnen voldoende houvast voor de dagse praktijk? Of hebben we zaken over het hoofd gezien of moeten er aanvullingen komen op het geformuleerde beleid?

Ik stuurde in november 2013 de beleidsartsen en (regio)managers van de diverse Geriant-teams een e-mail en stelde hen een aantal vragen over het euthanasie beleid. Het merendeel, namelijk alle ambulante en 2 van de drie Geriant-wonen (sub)teams, heeft deze vragen besproken in de teams en antwoord gegeven. Die antwoorden zal ik zo compact mogelijk weergeven en ik zal eindigen met een samenvatting en een conclusie.

#### Evaluatie vragen:

- 1) Is het beleid van Geriant inzake euthanasie binnen je team voldoende bekend geworden? Is het ook echt 'levend'?
- 2) Worden de richtlijnen voor de dagelijkse praktijk die we daarover op papier hebben gezet ook gebruikt? Bieden die houvast?
- 3) Kun je een schatting maken van het aantal concrete verzoeken in je team in het afgelopen jaar (2013) die ook echt tot een euthanasie procedure hebben geleid, los van het gegeven of het verzoek uiteindelijk al dan niet werd ingewilligd?
- 4) Is euthanasie een vast onderwerp geworden van casemanagers in het contact met cliënten? Wanneer wel en wanneer niet? Wordt er over gerapporteerd?
- 5) Werkt de methode van het 'moreel beraad' in je team om betere afwegingen te maken bij vragen over euthanasie? Hoe vaak is dat op die manier in het afgelopen jaar gedaan?
- 6) Hoe verliep het contact en de samenwerking met de huisartsen over dit onderwerp? Concreet: hoe vaak was daarover contact? Ben je gevraagd voor beoordeling van wilsbekwaamheid bij dementie?
- 7) Wat zou je in het euthanasie beleid, zoals we dat eerder hebben geformuleerd, willen wijzigen of aanvullen?

## Opstelling en keuzes van Geriant inzake euthanasie verbonden met dementie

### Evaluatie antwoorden:

#### Ad 1) Beleid bekend?

Ja, het beleid blijkt bekend bij medewerkers. Bij casemanagers die na 2011 in dienst zijn gekomen overigens niet altijd. In ieder geval worden het beleid en de richtlijnen er altijd bij gepakt wanneer er een concrete of minder concrete euthanasie vraag van een cliënt, familielid of huisarts aan de orde is. Of het onderwerp leeft in de teams hangt dus af van eventueel gestelde vragen en het wordt dan gebruikt in de afstemming tussen arts, huisarts en casemanager.

Een van de beleidsartsen zegt daarover: *'Echt levend -gek woord in deze context- is het niet. Het is zoeken, geen parate kennis en we pakken het beleid er steeds opnieuw bij als er vragen over levenseinde zijn, maar dan in een specifiek cliëntsituatie en niet op teamnivo'.*

#### Ad 2) Richtlijnen gebruikt?

De richtlijnen worden bijna altijd gebruikt en geven houvast in het bespreken van het onderwerp. Het motto: "Praat erover" blijkt te werken. De richtlijnen hebben eraan bijgedragen dat het onderwerp vaker aan de orde is. Een van de artsen zegt: *'Wij staan open voor de vragen van cliënten en huisartsen. Het wordt vaker besproken dan vroeger toen het idee nog leefde: bij dementie geen euthanasie'.*

Enige kanttekening die gemaakt wordt is dat het onderwerp wat pro-actiever op de agenda gezet zou kunnen worden van te bespreken onderwerpen bij de intake en bij de evaluatie. Zie ook bij 4,5 & 7.

#### Ad 3) Hoeveel concrete verzoeken?

In 2013 waren er binnen Geriant, al dan niet in eerste instantie bij de huisarts aangekaart, 14 concrete verzoeken om euthanasie, gelijk verdeeld over de diverse teams, met uitzondering van het ambulante team in de Kop, daar wel 2 in 2012, geen in 2013, en van de Geriant kliniek. Bij deze verzoeken was er nauwe samenwerking tussen de Geriant artsen en de huisartsen. De vragen die bij medewerkers van Geriant terechtkomen over euthanasie, schriftelijke wilsverklaringen, hoe het nu precies zit met wilsbekwaamheid zijn overigens een veelvoud van deze 14 concrete verzoeken. Van deze verzoeken zijn er in ieder geval, want bij ons bekend, 3 afgewezen door de betreffende huisartsen. De andere 11 verzoeken zijn of ingewilligd of door de cliënt ingetrokken. In het jaarverslag 2013 van de regionale toetsingscommissies euthanasie zullen we eind 2014 kunnen lezen hoeveel verzoeken van mensen met dementie er in heel Nederland gehonoreerd zijn. In 2012 waren het er 42 en in 2011 waren het er 49.

#### Ad 4) Vast onderwerp?

Nee, euthanasie is nergens een vast onderwerp van gesprek en het wordt in geen enkel team als vast item besproken met cliënten of hun families. Wel wordt in de intake en bij de evaluatie door diverse teams in meer abstracte zin de kwaliteit van het leven nu en in de toekomst besproken en hoe men daar tegen aan kijkt. Een van de beleidsartsen zegt daar over: *'Zeer vaak komt kwaliteit van leven, wel of niet nog naar het ziekenhuis willen, wel of niet reanimeren, 'klaar met het leven zijn' aan de orde. Zodra iemand niet meer wil leven om wat voor reden dan ook, wordt dit besproken met de Geriant arts en de huisarts'.*

#### Ad 5) Moreel beraad?

In geen van de teams is het Moreel Beraad gebruikt om een euthanasie casus in te brengen. Het Moreel Beraad wordt over het algemeen als een goede intervisie methode gezien maar reden dat het niet voor euthanasie wordt gebruikt is niet helemaal duidelijk. Misschien, zo suggereert iemand, omdat de lading toch vooral bij de huisartsen ligt die eventueel tot uitvoering van de euthanasie overgaan. Men vindt het wel een geschikte methode en een van de artsen zegt: *'De Moreel Beraad methode is mooi, maar vraagt goede voorbereiding en we moeten er tijd voor vrijmaken. Dat gebeurt nog onvoldoende'.*



## Opstelling en keuzes van Geriant inzake euthanasie verbonden met dementie

### Ad 6) Samenwerking huisartsen? Beoordeling wilsbekwaamheid?

De samenwerking met de huisartsen wordt als prettig en goed ervaren. Een van de beleidsartsen vat het mooi samen met de woorden: *'Ik merk dat de huisartsen steun hebben aan onze kennis en betrokkenheid op dit gebied'*.

De huisartsen vragen bij de meeste euthanasie verzoeken om meedenken van Geriant artsen en casemanagers en soms vragen ze heel concreet om een beoordeling van de wilsbekwaamheid. Er is hierover altijd contact met de 1e geneeskundige geweest en in de helft van de gevallen volgde er een wilsbekwaamheids beoordeling, ofwel door de eerste geneeskundige, ofwel door een van de Geriant artsen.

De vragen van de huisartsen zijn niet altijd direct helemaal duidelijk. Het meedenken met hen betekent dus vaak in eerste instantie het concretiseren van de vraag. De Geriant artsen zijn geen Scen artsen. Het gaat dus nooit om de vraag of de huisarts zorgvuldig handelt maar het gaat om een onafhankelijke beoordeling door iemand die ter zake deskundig is. Dat kan gaan om wilsbekwaamheid maar ook over de ondraaglijkheid of uitzichtloosheid van het lijden van de cliënt met dementie.

### Ad 7) Aanvullingen beleid?

Over het algemeen vinden medewerkers dat het euthanasiebeleid van Geriant helder is en voldoende handvatten voor de praktijk biedt.

Aanvullend werd door de meeste artsen de suggestie gedaan om met cliënten en hun familie op vaste momenten en terugkerend, en zeker tijdens tijdens de evaluatie, te praten over hoe ze het beloop van hun ziekte voorstellen en wat ze zouden willen. En daar dan de euthanasie ook expliciet in mee te nemen, door bijvoorbeeld altijd te vragen naar de eventuele aanwezigheid van een wilsverklaring. Door bijna alle artsen werd daarbij de term 'anticiperend zorgbeleid' (vertaling van Advanced Care Planning) genoemd.

Een van de artsen verwoordde het zo: *'Wat me in de enkele gesprekken over euthanasie bleek, is dat er ook vragen zijn rond verder handelen bij andere aandoeningen dan dementie. En er zijn vaak vragen over palliatief beleid. Zowel bij huisartsen, als bij cliënten en hun familie zijn daarover veel kennishiaten. Gesprekken over uitsluitend de euthanasie zijn dan m.i. wat beperkt. Ik zou mezelf wel meer willen scholen in de palliatieve zorg'*.

Een andere arts vond het belangrijk om ook casemanagers te trainen in hoe ze met cliënten en familie over dit onderwerp (inclusief euthanasie) zouden kunnen praten.

En als laatste voelen de Geriant artsen zich niet altijd bekwaam in het doen van wilsbekwaamheids beoordelingen en zouden ze daar scholing in willen.

### Samenvatting en conclusie:

Het in oktober 2011 geformuleerde euthanasie beleid voldoet. Het beleid en de richtlijnen blijken een heldere leidraad bij het spreken met cliënten en hun familie over euthanasie en het stimuleert de samenwerking met huisartsen. Het onderwerp euthanasie wordt nog wel wat weinig pro-actief besproken. Er zijn in 2013 een tiental concrete euthanasie verzoeken geweest en een veelvoud aan vragen rond het onderwerp euthanasie. In het Moreel Beraad wordt euthanasie casuïstiek nauwelijks ingebracht. Wel vindt er stevast overleg plaats tussen casemanager, Geriant arts, 1e geneeskundige en huisarts (in wisselende combinaties) wanneer er een concreet euthanasie verzoek ligt. Medewerkers hebben het idee dat het, na het geformuleerde en besproken beleid, gemakkelijker geworden is om euthanasie te bespreken met cliënten en hun families. Het zelf actief aankaarten vindt men lastiger. Het is niet structureel verankerd in te bespreken onderwerpen.

Behalve over euthanasie en wilsbekwaamheid blijken er bij cliënten, familie en huisartsen veel vragen te leven over palliatieve zorg.

En bij medewerkers is er behoefte aan training in het beoordelen van wilsbekwaamheid en het toepassen van anticiperend zorgbeleid.

Leny van Dalen, psychiater en 1e geneeskundige  
Heerhugowaard, 12 januari 2014