



HoGent

# **Attitudes van verpleegkundigen bij palliatieve sedatie en euthanasie**

Opleiding: professionele bachelor in de verpleegkunde

Bachelorproef academiejaar: 2015-2016

Mevr. Van Landschoot Leen

**Valérie D'Haese**



# **Attitudes van verpleegkundigen bij palliatieve sedatie en euthanasie**

Opleiding: professionele bachelor in de verpleegkunde

Bachelorproef academiejaar: 2015-2016

Mevr. Van Landschoot Leen

**Valérie D'Haese**

## Woord vooraf

Door het realiseren van deze bachelorproef wil ik van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken, waaronder diegenen die mij gedurende mijn opleiding gesteund hebben.

Als eerste wil ik graag de faculteit Mens & Welzijn van de Hogeschool Gent bedanken, die mij gesteund hebben gedurende mijn opleiding. Hier heb ik mijn driejarige opleiding mogen doorlopen. Mijn keuze voor de Hogeschool Gent was voor de start van mijn eerste academiejaar al snel gemaakt. Dankzij de goede begeleiding en opvolging van studenten, heb ik mezelf kunnen vormen tot de persoon wie ik op de dag van vandaag ben. Vooraf had ik nooit gedacht dat ik deze opleiding zo vlot tot een goed einde zo brengen. Veel mensen hadden ook twijfels in mij, maar bij deze heb ik bewezen wat ik effectief waard ben. Ik ben en blijf een doorzetter in hart en nieren. Ook bedankt aan al de lectoren om mij gedurende drie jaar te ondersteunen en klaar te stomen voor het werkveld.

Daarnaast wil ik mijn promotor mevrouw van Landschoot bedanken om mij steeds te woord te staan tijdens de ontwikkeling van mijn bachelorproef, voor haar informatie, ervaring en feedback. Bij de start van het academiejaar had ik nooit gedacht dat ik dit resultaat zou bereiken. Ik zat op een heel ander pad en dankzij de hulp van mevrouw van Landschoot, ben ik er in geslaagd om tot dit resultaat te komen.

Als laatste wil ik mijn ouders bedanken. Zij hebben mij de kans gegeven om deze opleiding te volgen. Dankzij hun steun en aanmoediging heb ik mij gedurende deze driejarige opleiding meer dan 100% kunnen inzetten.

## **Abstract**

De termen euthanasie en palliatieve sedatie worden steeds vaker gebruikt. Merendeel van de populatie weet wat euthanasie is, maar dit is niet zo bij palliatieve sedatie.

Het eigenlijke hoofddoel van mijn bachelorproef is om de attitudes van verpleegkundigen ten opzichte van palliatieve sedatie en euthanasie weer te geven. Daarvoor is het belangrijk om eerst het verschil tussen beide onderwerpen te weten. De kennis omtrent palliatieve sedatie is zowel bij de zorgverleners als bij de algemene populatie beperkt. Voor deze bachelorproef heb ik gebruik gemaakt van een literatuurstudie.

Eerst schets ik wat palliatieve sedatie inhoudt, de verschillende dieptes van sedatie en de medicatie die voornamelijk gebruikt wordt. Nadien schets ik wat euthanasie inhoudt en de wetgeving omtrent euthanasie. Het maken van het onderscheid vond ik belangrijk, omdat zorgverleners en zorgvragers het verschil tussen palliatieve sedatie en euthanasie niet duidelijk weten. Het zijn twee totaal andere begrippen, desondanks staan ze naast elkaar.

Het doel bij palliatieve sedatie is om de refractaire symptomen te beperken, door het bewustzijn van de zorgvrager te verlagen. De laatste 15 jaar is het aantal gevallen van palliatieve sedatie, vooral in Vlaanderen, toegenomen. De prevalentie van palliatieve sedatie is hoger in een gewone afdeling, dan in een gespecialiseerde palliatieve afdeling. Wat betreft de diepte van de sedatie wordt het vaakst gestart met een lichte tot milde sedatie. Deze kan indien nodig opgedreven worden. In bepaalde situaties wordt continue sedatie direct toegepast, de arts neemt deze beslissing.

Bij euthanasie geeft een arts een bepaalde hoeveelheid medicatie om tot de dood van de patiënt te komen. Het is een opzettelijke, actieve handeling dat door een derde wordt uitgevoerd. De betrokkene heeft om deze handeling gevraagd en overlijdt na het uitvoeren ervan.

De attitudes van verpleegkundigen t.o.v. euthanasie en palliatieve sedatie hangen van een aantal factoren af, zoals geslacht, ervaring, geloof etc.

## Inhoudsopgave

<b>Woord vooraf.....</b>	<b>4</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>5</b>
<b>Inhoudsopgave.....</b>	<b>6</b>
<b>Inleiding.....</b>	<b>8</b>
<b>Onderzoeksvraag .....</b>	<b>10</b>
<b>Methode.....</b>	<b>11</b>
<b>Literatuurstudie .....</b>	<b>12</b>
<b>1 Palliatieve sedatie .....</b>	<b>12</b>
1.1 Definitie .....	12
1.2 Soorten sedatie .....	15
1.2.1 Lichte sedatie.....	16
1.2.2 Diepe sedatie .....	17
1.2.3 Intermittente sedatie.....	17
1.2.4 Continue sedatie.....	18
1.3 Prevalentie.....	18
1.4 Determinanten voor het toedienen van continue palliatieve sedatie .....	20
1.5 Toedienen van vocht en voeding .....	21
1.6 Medicatie .....	23
<b>2 Euthanasie.....</b>	<b>24</b>
2.1 Definitie .....	25
2.2 Prevalentie.....	26
2.3 Wetgeving .....	26
2.3.1 Materiële voorwaarden .....	27
2.3.2 Procedurele voorwaarden.....	29
2.4 Vormen van euthanasie.....	30
2.4.1 Actueel euthanasieverzoek .....	30
2.4.2 Wilsverklaring.....	30
<b>3 Attitudes van verpleegkundigen .....</b>	<b>33</b>

3.1	Attitudes tegenover palliatieve sedatie.....	33
3.1.1	Verschil op basis van nationaliteit .....	33
3.1.2	Religieuze verschillen .....	34
3.1.3	Gender diversiteit .....	35
3.1.4	Plaats van tewerkstelling.....	35
3.1.5	Multidisciplinaire benadering.....	35
3.1.6	De diepte van de sedatie .....	36
3.1.7	Ervaring en opleiding.....	37
3.2	Attitudes tegenover euthanasie .....	39
3.2.1	Verschil op basis van nationaliteit .....	39
3.2.2	Religieuze verschillen .....	39
3.2.3	Gender diversiteit .....	40
3.2.4	Plaats van tewerkstelling.....	40
3.2.5	Multidisciplinaire benadering.....	41
3.2.6	Ervaring en opleiding.....	41
	<b>Discussie.....</b>	<b>43</b>
	<b>Conclusie.. ..</b>	<b>45</b>
	<b>Referentielijst.....</b>	<b>46</b>
	<b>Bijlagen.....</b>	<b>52</b>
	Bijlage 1: RASS-schaal.....	53
	Bijlage 2: DOS-schaal.....	54
	Bijlage 3: medicatieschema .....	55
	Bijlage 4: medicatieschema .....	56

## Inleiding

Palliatieve sedatie en euthanasie zijn begrippen die de laatste jaren meer en meer vermeld worden binnen medische en ethische discussies. Voornamelijk het aantal gevallen van palliatieve sedatie neemt toe. Merendeel van de populatie weet wat euthanasie inhoudt. Maar palliatieve sedatie is een onderwerp dat niet bij iedereen bekend in de oren klinkt, men kan er zich vaak wel een beknopt beeld van vormen. Omwille van de beperkte kennis wil ik het verschil tussen beide termen verduidelijken, omdat palliatieve sedatie en euthanasie totaal verschillend zijn. Niet enkel het verschil staat vermeld, maar ik ga nog een stap verder. Ook heb ik mij gefocust op de attitudes van verpleegkundigen ten opzichte van palliatieve sedatie en euthanasie.

Deze bachelorproef is een literatuurstudie, waarbij een theoretisch kader geschetst wordt over de belangrijkste aspecten van palliatieve sedatie en euthanasie.

Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol bij palliatieve sedatie en euthanasie, voornamelijk een ondersteunende rol ten opzichte van patiënten en artsen, maar ook een actieve rol bij de toediening van de medicatie. De verpleegkundige is betrokken bij de taak om de patiënt en de familie te informeren, bij de administratie van de medicatie, bij de evaluatie van de toestand van de patiënt en bij de totaalzorg van de patiënt. Het is de zorgverlener die het meest contact heeft met de patiënt, daarom is zijn/haar rol cruciaal bij palliatieve sedatie en euthanasie.

In een eerste hoofdstuk bespreek ik o.a. wat palliatieve sedatie is, de soorten sedatie, de prevalentie, etc. Er zijn verschillende vormen van palliatieve sedatie, nl. lichte of milde sedatie, diepe sedatie, intermitterende of tijdelijke sedatie en continue sedatie. Ook kan er een combinatie gemaakt worden, bijvoorbeeld continue diepe sedatie. De soorten sedatie worden in onderdeel 1.3 verder uitgelegd.

Daarna bespreek ik wat euthanasie is. Wat betreft de wetgeving, heb ik mij op de wetgeving van België gebaseerd. In bepaalde landen zijn er verschillen wat betreft de wetgeving, in vergelijking met België. Zo wordt bijvoorbeeld euthanasie bij minderjarigen in Canada nog niet toegestaan.



Tot slot bespreek ik de attitudes van verpleegkundigen. De meningen omtrent het al dan niet toedienen van palliatieve sedatie en/of euthanasie zijn verspreid. Zo speelt het geloof en de werkervaring een grote rol bij de visie van de verpleegkundige.

## **Onderzoeksvraag**

De onderzoeksvraag waarmee ik mijn bachelorproef gestart ben, luidt: 'Hoe staan verpleegkundigen tegenover palliatieve sedatie en tegenover euthanasie. Is er een verschil in deze attitudes?' Hiermee wil ik voornamelijk de attitudes van verpleegkundigen nagaan, zowel in Vlaanderen als internationaal.

## Methode

Voor het maken van mijn bachelorproef heb ik gebruik gemaakt van de bibsource van Hogeschool Gent. Deze liet mij toe verschillende databanken te gebruiken, waaronder PubMed en Elsevier ScienceDirect. De databank die ik het meest gebruikt heb is PubMed, hier vond ik merendeel van mijn wetenschappelijke artikels. Ook Google Scholar heb ik gebruikt, waar ik veel bruikbare informatie terug vond. Mijn zoekmethode includeerde ook het gebruik van de sneeuwbal methode, hierdoor heb ik ook een aantal wetenschappelijke artikels gevonden.

Via PubMed vond ik enkel Engelstalige wetenschappelijke artikels. Mijn Nederlandstalige artikels vond ik voornamelijk via Google Scholar.

Daarnaast heb ik ook gebruik gemaakt van de locale bibliotheek. Hier vond ik een interessant boek dat de voorwaarden voor het toepassen van euthanasie weergaf. Voor het deel wetgeving heb ik mij gebaseerd op de huidige wetgeving via ejustice.

De zoekopdracht werd gestart met de term 'palliative sedation' via PubMed. Dit leverde 958 resultaten op. Het jaar van publicatie werd aangepast van 2010 tot heden. Er werd gezocht op full text artikels en de zoekterm mocht enkel voorkomen in de titel. Dit leverde 342 Resultaten op. Hiervan weerhield ik 6 artikels. Vervolgens werd 'palliative sedation AND euthanasia' gebruikt als zoekterm. Dit leverde 224 resultaten op. Het publicatiejaar werd beperkt van 2010 tot heden. Dit leverde 67 resultaten op. Hiervan weerhield ik 5 artikels. Ook 'palliative sedation AND attitudes of nurses' werd gebruikt. Dit leverde 27 resultaten op. Hiervan weerhield ik 3 artikels. "Continuous sedation" leverde 93 resultaten op. Hiervan weerhield ik 4 artikels.

**Trefwoorden:** palliative sedation, euthanasia, attitudes van de verpleegkundigen, quality of life, end of life care, assisted death, continuous sedation, deep sedation

## Literatuurstudie

### 1 Palliatieve sedatie

#### 1.1 Definitie

Volgens de Federatie Palliatieve zorg Vlaanderen vzw (2012) is palliatieve sedatie *'het toedienen van sedativa in doseringen en combinaties die vereist zijn om het bewustzijn van een terminale patiënt zoveel te verlagen als nodig om één of meerdere refractaire symptomen op een adequate wijze te controleren'*.

In de literatuur worden verschillende definities weergegeven. Het element 'verlagen van het bewustzijn' is in elke definitie terug te vinden, alsook het element 'bij terminale patiënten' of 'gedurende de laatste levensfase'. Palliatieve sedatie gaat enerzijds om het doelbewust en opzettelijk verlagen van het bewustzijn, dat gebeurt door middel van sedativa, en anderzijds is het een handeling die plaatsvindt op het einde van het leven bij terminale patiënten. Het is een vorm van normaal, doelbewust medisch handelen dat niet levensbeëindigend werkt.

Wie volgens Broeckaert (2012) wetens en willens meer geeft dan nodig om een refractair symptoom te controleren, is niet meer bezig met sedatie, maar met euthanasie of actieve levensbeëindiging zonder verzoek wanneer deze overdosis leidt tot de dood van de patiënt. Wie meer geeft dan nodig, omdat hij niet goed weet wat hij aan het doen is, begaat een medische fout.

Om het lijden van patiënten te verlichten verlaagt men het bewustzijn door middel van sedatie. Het mag enkel toegepast worden indien er sprake is van één of meerdere refractaire symptomen.

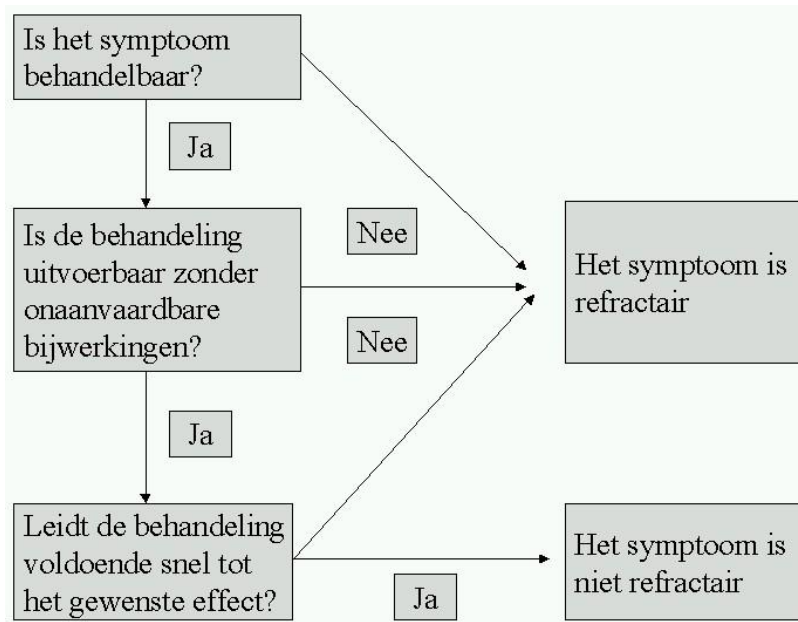
Refractaire symptomen worden gedefinieerd als *'intolerable distress that could not be palliated without decreasing patients' consciousness levels'*. (Morita, Miyashita, Kimura, Adachi & Shima, 2004).

Een refractair symptoom kan niet door een conventionele behandeling adequaat behandeld worden, zonder het bewustzijn van de patiënt te verlagen. Het zijn geen moeilijk te behandelen symptomen. Moeilijke symptomen zijn te behandelen met een conventionele of klassieke behandeling, refractaire symptomen niet. Op het welzijn en het functioneren van patiënten veroorzaken de refractaire symptomen een negatief effect. Ze nemen toe bij het naderen van het einde van het leven en interfereren met vredig sterven. Zowel fysieke, psychische als existentiële symptomen kunnen refractair zijn. Uit onderzoek blijkt dat het vaak een combinatie van refractaire symptomen is dat ernstig lijden veroorzaakt. (Broeckeaert, 2012., Claessens et al., 2008).

Onder refractaire symptomen behoren voornamelijk: oncontroleerbare pijn, vergevorderd stadium van delier, depressie, slapeloosheid/vermoeidheid, dyspneu, angst, kortademigheid en convulsies. (Song, Lee, Lee, Hwang, Kang, Eduardo, 2015; Juth, Lindblad, Linoë, Sjöstrand, Helgesson, 2010). Kortademigheid, toevallen en symptomen gerelateerd aan delier worden genoemd als indicatoren voor diepe sedatie. (Swart, et al., 2012). Dit zijn fysieke refractaire symptomen. Een voorbeeld van een psychisch symptoom is angst. Existentiële symptomen bestaan vaak uit vragen naar de zin van het leven. (Broeckeaert, 2012). Volgens van Heest (2013) is delier een neuropsychiatrisch syndroom dat ontstaat door een lichamelijke oorzaak en meestal plotseling. Het is een stoornis van de aandacht en het bewustzijn, met daarnaast stoornissen in het waarnemings- en denkvermogen. Delier ontstaat acuut, in uren. In principe is delier reversibel, tenzij er sprake is van een ernstige ziekte en overlijden op korte termijn verwacht wordt.

Sommige refractaire symptomen staan niet in elk artikel vermeld, omdat niet elk symptoom door iedere arts als refractair aanzien wordt. Hiermee bedoel ik dat een arts soms een andere invulling heeft van een refractair symptoom. Een arts kan bijvoorbeeld psychisch lijden geen refractair symptoom vinden, terwijl een andere arts dit wel vindt.

Elke patiënt voelt 'lijden' anders aan en de pijngrens is ook anders, dit is vaak subjectief. De patiënt bepaalt zelf of het lijden ondraaglijk is, maar enkel de behandelende arts beslist of een symptoom al dan niet refractair is. (Anquinet, et al., 2013).



**Figuur 1: stroomdiagram ter vaststelling van het bestaan van een refractair symptoom** (Redactie palliatieve zorg, integraal kankercentrum Nederland, 2009).

Palliatieve sedatie brengt vaak onbewust de dood met zich mee, dit doordat de sedatie bijvoorbeeld te weinig getitreerd is. Hoewel palliatieve sedatie een ethisch en juridisch bewezen interventie is, zijn veel artsen nog steeds terughoudend om het uit te voeren vanwege de vrees voor het bespoedigen van de dood. (Song, et al., 2015). Het eigenlijke doel van palliatieve sedatie is het lijden van patiënten verminderen en niet tot sterven te komen. Veel mensen, waaronder artsen, zien palliatieve sedatie niet zoals het moet zijn. Een groot deel van de artsen geeft aan dat ze palliatieve sedatie soms beschouwen als een vorm van euthanasie. (Bruntink, 2007; Anquinet et al., 2013).

Er werd een onderzoek gedaan naar de betrokkenheid van artsen bij palliatieve sedatie. Ongeveer 17% van de artsen antwoordden dat hun uitdrukkelijke bedoeling was om tot de dood van de patiënt te komen. Deze artsen zouden hun actie als euthanasie moeten labelen en niet als palliatieve sedatie. (Ten Have & Welie, 2014). Deze patiënten worden dan behandeld, met als doel tot overlijden te komen of het overlijden te versnellen. Volgens de wetgeving op de dag van vandaag wordt dit beschouwd als een vorm van euthanasie. In de literatuur noemt men dit 'slow euthanasia' of 'trage euthanasie'. (Juth, et al., 2010; Gielen, Van den Branden, Van Iersel, Broeckaert, 2012; Den Hartogh, 2015). Indien in dit geval niet aan de voorwaarden wordt voldaan van euthanasie dan begaat men een strafbare daad. In bepaalde studies wordt beweerd dat het gebruik van medicatie om een patiënt in coma te brengen tot het overlijden, beschouwd wordt als een alternatief van euthanasie. Deze beschouwing werd vaak geuit door verpleegkundigen. (Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens, 2009).

## **1.2 Soorten sedatie**

Binnen palliatieve sedatie zijn er verschillende niveaus afhankelijk van de manier waarop het wordt gebruikt, intermitterend, continue en acuut, en afhankelijk van de dosis die gebruikt wordt, licht of oppervlakkig en diep. (Gielen, et al., 2012).

Omtrent de diepte van sedatie zijn er twee benaderingen, enerzijds kan men met een lichte of oppervlakkige sedatie starten waarna men dit indien nodig kan opdrijven en anderzijds kan men direct met diepe sedatie starten. De diepte van de sedatie wordt afgestemd op de refractaire symptomen, op de wensen en behoeften van de patiënt en de naasten, op de esthetische aard ('de patiënt moet er vredig bij liggen') en er wordt rekening gehouden met het eventuele behoud van communicatie. (Swart et al., 2012). De KNMG<sup>1</sup> - richtlijn adviseert om palliatieve sedatie proportioneel toe te passen en sedativa te titreren op basis van de lijdensverlichting. (Swart et al., 2012).

---

<sup>1</sup> Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst: een artsen federatie die actief is in Nederland. (Federatie KNMG, 2015)

Het is belangrijk dat de sedativa individueel getitreerd worden totdat adequate symptoomverlichting bereikt wordt. Het bewustzijn wordt en mag niet meer dan nodig verlaagd worden. De verschillende vormen van sedatie kunnen met elkaar gecombineerd worden. Zo wordt in de literatuur vaak gesproken over continue diepe sedatie. (Ingelbrecht, et al., 2009; Den Hartogh, 2015).

Volgens Broeckaert (2012) zal de vorm van palliatieve sedatie bij een aanzienlijk deel van de patiënten ook een evolutie doormaken. Palliatieve sedatie heeft te maken met proportionaliteit. Dit wil zeggen dat de patiënt slechts zo lang (kort) en zo diep (oppervlakkig) wordt gesedeerd als nodig om symptoomcontrole te bereiken. Is een patiënt tevreden met een lichte, oppervlakkige palliatieve sedatie, dan is er geen enkele reden om dieper te sederen. Omgekeerd is het zo dat wanneer het duidelijk is dat alleen een diepe sedatie een patiënt kan helpen, er geen reden is om eerst met een lichte sedatie te beginnen. Het gaat dan ook in wezen niet om het veroorzaken van een diepe en continue slaap, maar om het onder controle brengen van een of meerdere symptomen en dit door het bewustzijn zoveel en zolang als nodig te verlagen.

Op een intensieve zorgafdeling wordt de RASS-schaal<sup>2</sup> gebruikt om de mate van sedatie en agitatie te beoordelen. Dit is een schaal die de verpleegkundige toelaat een cijfer te klevan op de mate van sedatie. Niveau 1 tot 4 beoordeelt de mate van agitatie en niveau -1 tot -5 beoordeelt de mate van sedatie. (bijlage 1, Cherny & Radbruch, 2009).

### **1.2.1 Lichte sedatie**

In de literatuur spreekt men ook van milde of oppervlakkige sedatie. Onder oppervlakkig of lichte sedatie wordt verstaan dat de patiënt wakker is, maar het niveau van bewustzijn verlaagd is. (De Graeff & Dean, 2007). De patiënt is nog aanspreekbaar, reageert nog bij aanspreken en kan vaak nog opdrachten uitvoeren.

---

<sup>2</sup> Richmond Agitation – Sedation Scale. (Cherny & Radbruch, 2009)



Volgens Broeckaert (2012) is bij lichte palliatieve sedatie de patiënt rustig, opent hij/zij de ogen en/of beweegt bij aanspreken en/of bij aanraken.

Artsen die bij voorkeur starten met oppervlakkige sedatie laten zich vooral leiden door de conditie van de patiënt en diens reactie op de sedatie. (Swart,et al., 2012).

### **1.2.2 Diepe sedatie**

Diepe sedatie is het sederen of toedienen van medicatie aan de patiënt, tot bewusteloosheid wordt bereikt. (Den Hartogh, 2015).

De patiënt is niet bij bewustzijn, reageert niet op vragen of bij aanspreken en voert geen opdrachten uit. Om continue diepe sedatie toe te passen moet het om een onomkeerbare en geavanceerde ziekte gaan, waarbij de dood verwacht wordt binnen een aantal uren of dagen. (De Graeff & Dean, 2007).

Artsen die diepe sedatie verkiezen, stellen het handhaven van lijdensverlichting voorop en hechten minder belang aan communicatiemogelijkheden tijdens de sedatie. (Swart, et al., 2012).

### **1.2.3 Intermittente sedatie**

De patiënt is door een bepaalde dosis sedatie in slaap gebracht, maar kan gewekt worden voor een kort gesprek. Het gaat om een stuporeuze toestand, dit is een toestand met verminderd bewustzijn. (De Graeff & Dean, 2007).

De intermittente of tijdelijke sedatie wordt onder meer toegepast indien een patiënt zich nog niet binnen het stervensproces bevindt. Patiënten worden tijdelijk gesedeerd en na een vooraf bepaalde tijd wakker gemaakt om te beoordelen of de refractaire symptomen zijn verbeterd. Er zijn geen specifieke indicaties wanneer intermittente sedatie het best gebruikt wordt en ook niet wanneer de patiënten het best wakker gemaakt worden, dit is afhankelijk van arts tot arts. Intermittente sedatie kan het bewustzijn van patiënten tijdens de dag alert houden en kan herhaaldelijk worden uitgevoerd gedurende langere tijd. (Song, et al., 2015).

#### **1.2.4 Continue sedatie**

Volgens Swart et al. (2014) is continue palliatieve sedatie een palliatieve behandeling voor patiënten die ondraaglijk lijden gedurende de laatste dagen van het leven. Het wordt vaak gebruikt bij patiënten die te maken hebben met zware fysieke symptomen, zoals dyspneu, pijn, misselijkheid en delier. Belgische studies i.v.m. palliatieve sedatie tonen aan dat continue diepe palliatieve sedatie gebruikt werd in 5,6% tot 10% van alle sterfgevallen. De geschatte levensverwachting is vaak niet langer dan twee weken. Continue sedatie kan oppervlakkig of diep zijn. (van Deijck, Hasselaar, Verhagen, Vissers & Koopmans, 2013).

Bij deze vorm van sedatie wordt kunstmatige voeding of vocht vaak onthouden, dit interfereert volgens de literatuur alleen maar met het comfort van de patiënt en vertraagt de stervensfase. Vocht wordt enkel toegediend indien het voordeel opweegt tegenover de schade. (De Graeff & Dean, 2007).

Continue palliatieve sedatie zou enkel mogen opgestart worden bij een patiënt die een onomkeerbare, terminale en geavanceerde ziekte heeft en wanneer men geen intentie heeft om het overlijden te bespoedigen. (Seymour et al., 2015).

Het verschilt zoals de andere vormen van sedatie met euthanasie omdat het geen levensverkortend doel heeft. Alleen indien de patiënt zich in het allerlaatste terminale stadium van zijn ziekte bevindt, met een verwachte prognose van uren of dagen, moet continue diepe sedatie toegepast worden. (Cherny & Radbruch, 2009).

Vaak heeft men niet meer de intentie om de sedatie te stoppen, omdat continue sedatie over het algemeen gebruikt wordt bij de zorgen met betrekking tot het einde van het leven. (Song et al., 2015).

### **1.3 Prevalentie**

Een literatuurreview duidt dat er veel tegenstrijdigheden en onduidelijkheden zijn omtrent de prevalentie van palliatieve sedatie. In elk wetenschappelijk artikel wordt een ander aantal weergegeven. Dit omdat de afdeling verschilt, de definitie anders

wordt weergegeven of er een andere methode voor verzamelen wordt gebruikt. Veel prevalentie studies gebruiken verschillende definities van palliatieve sedatie of totaal geen definitie. In België is de incidentie van palliatieve sedatie in gespecialiseerde palliatieve zorgen eenheden(7,5%) lager dan in de algemene afdelingen(14,5%). Een onderzoek naar prevalentie duidt dat van 266 deelnemende patiënten 7,5% een vorm van palliatieve sedatie kreeg. Het tijdstip waarop palliatieve sedatie werd gestart, was gemiddeld twee en een halve dag voor het overlijden. (Ten Have & Welie, 2014).

De prevalentie in palliatieve afdelingen en in een algemene afdeling bevindt zich tussen 3,1% en 51%. In Italië, in de thuiszorg, is de prevalentie met 10 jaar verschil 52,5% en 25%. Tussen palliatieve afdelingen in een ziekenhuis is er ook een groot verschil, enerzijds 1,33% en anderzijds 26%. Het gebruik van het aantal palliatieve sedaties in landen verschilt, zo is er in Nederland een prevalentie van 10%, in België 8,2% en in Italië 8,5%. In Zwitserland, Zweden en Denemarken is het aantal lager, respectievelijk 4,8%, 3% en 2,5%. Er is dus geen vast cijfer dat weergeeft of palliatieve sedatie al dan niet toe neemt. (Claessens, 2008).

Een artikel dat gepubliceerd werd in Nederland geeft aan dat de laatste jaren het aantal patiënten die palliatieve sedatie ondergaan toeneemt. In Nederland bijvoorbeeld nam palliatieve sedatie met 1,6% toe, sinds 2001. (Bruntink, 2007).

Wat betreft de diepte van de sedatie wordt het vaakst eerst gestart met een lichte tot milde sedatie (40%), die indien nodig opgedreven wordt tot een diepe sedatie. In bepaalde situaties wordt continue sedatie (40%) direct toegepast. (Swart et al., 2012; Claessens, 2011).

Er is een duidelijke evolutie, in Vlaanderen, te zien in het gebruik van continue diepe sedatie. In 2001 werd continue diepe sedatie in 8,2% van de gevallen gebruikt. In 2007 werd continue diepe sedatie in 14,5% van de gevallen gebruikt. (Ten Have & Welie, 2014).

#### **1.4 Determinanten voor het toedienen van continue palliatieve sedatie**

Een literatuurreview, volgens van Deijck, et al. (2013), duidt dat er verschillende determinanten zijn, die een rol spelen bij de toediening van continue palliatieve sedatie.

Onder de patiëntfactoren behoren: leeftijd, geslacht en moedertaal. Hoe jonger de patiënt, hoe hoger de kans op het ontvangen van continue palliatieve sedatie. Volgens Miccinesi, et al. (2006) kregen mannen vaker continue palliatieve sedatie, terwijl een ander artikel zegt dat er geen verschil tussen de geslachten was. (Seale, 2010). In een Nederlandstalige instelling was de waarschijnlijkheid voor het krijgen van continue palliatieve sedatie afgenomen. (Van den Block, et al., 2009). Hiermee wordt bedoeld dat patiënten die opgenomen worden in een in een instelling, waar men Nederlands spreekt, minder vaak continue palliatieve sedatie zullen krijgen.

Wat betreft de ziekte gerelateerde factoren hebben kankerpatiënten en patiënten die zich hopeloos voelen een toegenomen kans, op het krijgen van continue palliatieve sedatie. (Miccinesi et al., 2006; Seale, 2010 & Maessen, et al., 2009).

De omgevingsfactoren hebben voornamelijk betrekking op de plaats van overlijden, het geloof van de arts en zijn/haar specialiteit. Zo is er een toegenomen kans op het krijgen van continue palliatieve sedatie, met betrekking tot het overlijden in een ziekenhuis. (Miccinesi, et al., 2006). Het geloof van de arts, zeer of extreem niet gelovig, heeft een verhoogde kans op continue palliatieve sedatie, alsook de specialiteit van de arts. Hoewel één enkele studie geen verschil in specialiteit aantoont. Ook indien een arts voorstander is voor hulp bij overlijden, is de kans van het krijgen van continue palliatieve sedatie groter. (Seale, 2010).

Omtrent de etniciteit van de arts is er geen significante associatie met de toediening van continue palliatieve sedatie, alsook niet over de inhoud van de zorg, de betrokkenheid van een huisarts of een mantelzorger. (Seale, 2010; Van Den Block, et al., 2009).

Het doel van de behandeling heeft geen significante associatie met betrekking tot het toedienen van continue palliatieve sedatie, d.w.z. dat beiden niet in verband staan, de behandeling zal nl. de toediening van continue palliatieve sedatie niet beïnvloeden. (van Deijck, et al., 2013).

Religieus geloof en geografische regio staan sterk in verband met de attitude, om de kans op toediening van continue palliatieve sedatie te beïnvloeden. (Smets et al., 2011).

### **1.5 Toedienen van vocht en voeding**

De meningen i.v.m. het al dan niet toedienen van vocht en/of voeding zijn verdeeld. Zo zou voeding en vocht niet meer aangeboden mogen worden aan binnenkort stervende patiënten, tenzij het voordeel van de toediening de schade overtreft. Het toedienen van vocht is medisch aangewezen, indien de sedatie van voorbijgaande aard is of indien diepe sedatie wordt gegeven, bij een patiënt met een levensverwachting van één week of langer. Er is geen bewijs dat de toediening van kunstmatige voeding het leven van stervende patiënten verlengt. Een algemeen vochttekort bij een stervende patiënt kan voordelig zijn in een aantal situaties. Als eerste indien het resulteert in een verlaging van de pulmonaire, speeksel en gastro-intestinale secreties met als gevolg een verlaging van bepaalde symptomen, zoals hoesten en braken, en minder nood aan interventies voor de symptomen, bijvoorbeeld aspireren van slijmen. Als tweede indien het resulteert in een verminderde urinaire uitscheiding, dus minder incontinentie en minder nood aan urinaire katheters, zoals een verblijfssonde of een suprapubische sonde. Als derde indien er minder peritumoraal<sup>3</sup> oedeem optreedt met als gevolg pijnreductie. En als laatste indien er minder algemeen oedeem en ascites<sup>4</sup> optreedt. (De Graeff & Dean, 2007).

Volgens Broeckaert (2012) zijn gesedeerde patiënten niet meer in staat om normaal te eten en te drinken. Indien deze patiënten niet op een kunstmatige wijze voedsel en

---

<sup>3</sup> Oedeem gelegen rond de tumor. (Jochems & Joosten, 2006).

<sup>4</sup> Ophoping van vocht in de buikholte. (Jochems & Joosten, 2006).

vocht krijgen, ontstaat een situatie die onvermijdelijk naar de dood voert. Daarom dient de beslissing met betrekking tot het onthouden, van voeding en vocht, best voor de sedatie genomen te worden. Bij patiënten die reeds gestopt waren met eten en drinken, zou het levensverkortend effect bij het niet kunstmatig hydrateren nihil zijn. In tegendeel de kunstmatige vochttoediening zou in zo'n situatie vooral discomfort brengen.

De beslissing over kunstmatige voeding en/of vocht is onafhankelijk van de beslissing i.v.m. sedatie. Het al dan niet toedienen van vocht en/of voeding moet individueel bepaald worden door middel van uitgebreide evaluatie van de wensen van de patiënt en door schatting van de voordelen/nadelen in het kader van het doel van de behandeling. (Cherny & Radbruch, 2009). Enkel 25% van de geseedeerde patiënten kregen kunstmatig vocht bij toelating. In de minderheid van de gevallen kregen patiënten kunstmatige voeding of vocht voor de sedatie was gestart. (Claessens, Menten, Schotsmans, Broeckaert, 2011).

Volgens De Graeff & Dean (2007) is het toedienen van (kunstmatig) vocht en voeding medisch aangewezen, enkel indien de sedatie tijdelijk is. Wanneer er wel een inname van vocht is, zou er minder risico zijn op delier en opioïde toxiciteit als nierfalen zich ontwikkelt, op sedatie, myoclonieën, constipatie, decubitus en een droge mond. Onderzoek duidt dat noch voeding noch vocht fysiologisch relevant is bij een geseedeerde patiënt die binnenkort komt te overlijden.

Den Hartogh (2015) voegt hier aan toe dat wanneer een ernstig lijdende en binnenkort stervende patiënt diep geseedeerd is en de sedatie continue bedoeld is tot het overlijden, een arts vaak beslist om de patiënt aan de toediening van kunstmatig vocht te onthouden. In deze situatie zou de patiënt geen hogere levensverwachting mogen hebben dan het voorgeschreven aantal dagen (tussen 4 en 14 dagen). De reden voor de onthouding van kunstmatig vocht is omdat, indien de patiënt een langere levensverwachting heeft dan het voorgeschreven aantal dagen, hij eerder zal overlijden aan dehydratatie dan aan zijn dodelijke ziekte.

Personen die voorstander zijn voor het niet geven van kunstmatig vocht suggereren dat een droge mond voorkomen kan worden door goede mondzorg. (De Graeff & Dean, 2007).

## **1.6 Medicatie**

Het is van groot belang dat sedatie proportioneel wordt toegepast, dat wil zeggen dat die mate van bewustzijnsdaling wordt bereikt die nodig en voldoende is voor de gewenste mate van symptoombestrijding. Omdat bewustzijnsverlies in beginsel onwenselijk is, moet de sedatie niet verder gaan dan nodig. De sedatie wordt individueel per patiënt getitreerd en het bewustzijn wordt niet meer dan nodig verlaagd. (Swart et al., 2012).

Dosissen moeten individueel en continu getitreerd worden, gebaseerd op de medische geschiedenis van de patiënt, de reactie van de patiënt op benzodiazepinen en de intensiteit van de refractaire symptomen. (Claessens, Menten, Schotsmans, Broeckaert, 2008).

De voornaamste sedativa die gebruikt worden zijn benzodiazepinen, bv. midazolam (Dormicum®). Benzodiazepinen verminderen de angst en veroorzaken geheugenverlies. Ze hebben een synergetisch sedatief effect met opioïden en anti-psychotica. Het zijn anti-epileptica en kunnen de ontwikkeling van pre-morbide aanvallen voorkomen. Benzodiazepinen vormen de eerste keuze bij afwezigheid van delier en worden soms gecombineerd met morfine. Neuroleptica of antipsychotica zijn effectieve sedativa vooral indien de patiënt tekenen en symptomen van delier vertoont. (De Graeff & Dean, 2007; Blanker, et al., 2012).

Delier is een vorm van acute verwardheid die moeilijk gedifferentieerd kan worden van angst. Het onderscheid met angst is enorm belangrijk omdat de toediening van opioïden of benzodiazepinen als initiële behandeling van delier de symptomen kan erger maken. (Cherny & Radbruch, 2009).

Via de DOS-schaal (Delier Observatie Schaal) kan men berekenen of de patiënt al dan niet delier heeft. (bijlage 2, Van Heest, 2013).

Barbituraten, bv. pentobarbital veroorzaken na toediening zo goed als onmiddellijk een verlaagd bewustzijn tot bewusteloosheid. De werking van de barbituraten verschilt in de werking van de benzodiazepinen en opioïden. Ze zijn nuttig wanneer een bepaalde patiënt een tolerantie tegen benzodiazepinen en opioïden heeft ontwikkeld. Barbituraten hebben geen pijnstillend effect, daarom worden barbituraten vaak gecombineerd met opioïden. (Cherny & Radbruch, 2009).

Ook opiaten worden vernoemd. Opiaten bv. morfine<sup>®</sup> hebben een sterk verdovende, pijnstillende werking. Studies tonen aan dat morfine het frequentst wordt gebruikt in de laatste dagen voor het overlijden. (ten Have & Welie, 2014).

Opioïden bv. ultiva worden gebruikt voor de verlichting van pijn en dyspneu. Het is een pijnstiller dat een sterkere werking heeft dan morfine. (Arevalo, Rietjens, Swart, Perez, van der Heide, 2012).

Volgens Broeckaert (2012) zijn er drie trappen van medicatie (bijlage 3 & 4 – medicatieschema). De eerste trap wordt toegepast bij zowel de lichte als de diepe palliatieve sedatie. Een voorbeeld hiervan is Midazolam (Dormicum<sup>®</sup>).

De tweede trap wordt enkel gebruikt bij diepe palliatieve sedatie, bijvoorbeeld Clotiapine (Etumine<sup>®</sup>) of Levomepromazine (Nozinan<sup>®</sup>). Het wordt gebruikt ter verdieping van de dormicumsedatie, die wordt aangehouden.

De derde en laatste trap wordt ook enkel toegepast bij diepe palliatieve sedatie. Hiervoor worden Anesthetica gebruikt, voornamelijk Propofol (Diprivan<sup>®</sup>). De toedieningsweg is IV en dit enkel binnen een intramurale setting.



## **2 Euthanasie**

### **2.1 Definitie**

Volgens de wetgeving is euthanasie het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek. (“Wet betreffende euthanasie”, 2014, artikel 1). Van euthanasie is pas sprake indien een aantal zaken aanwezig zijn. Er is sprake van een handeling gesteld in de zin van een actieve daad, de handeling wordt door een derde gesteld en niet door de betrokkene zelf. De handeling moet opzettelijk zijn en leidt ertoe dat de betrokkene overlijdt. De betrokkene heeft om die handeling verzocht. (Decock, et al., 2013).

In België werd euthanasie gelegaliseerd op 28 mei 2002, dit was enkel van toepassing voor meerderjarigen. (Decock et al., 2013). Dit is veranderd, volgens de Belgische wet (2016) is sinds 13 februari 2014 euthanasie voor minderjarigen toegelaten. Hierbij moet het om een nog oordeelsbekwame minderjarige gaan die nog bewust is op het ogenblik van zijn of haar verzoek. (“Wet betreffende de euthanasie”, 2014, § 1, artikel 3).

Anders dan bij palliatieve sedatie is het doel van euthanasie de patiënt te doden door toediening van een dodelijk geneesmiddel. Bij euthanasie wil de arts tot de dood van de patiënt komen, dit is het eigenlijke doel. Anders dan bij palliatieve sedatie wenst de arts niet de dood van de patiënt, hij selecteert ook verschillende geneesmiddelen en dosissen die dodelijk zijn. Ook beheert de arts de medicatie, om zeker te zijn dat de patiënt niet alleen het bewustzijn verliest, maar ook ophoudt met ademen, gevolgd door een complete hartstilstand. Enkel indien dit resultaat is bereikt, kan de arts besluiten dat zijn interventie geslaagd is. (Ten Have & Welie, 2014).

Aangezien euthanasie steeds met opzettelijk levensbeëindigend handelen te maken heeft, wordt het beschouwd als een onderdeel van het toepassingsgebied van het strafrecht. Het geeft euthanasie het kenmerk van een strafrechtelijk misdrijf. Iemand die niet gemachtigd is om euthanasie toe te passen of iemand die met opzet de dood van een ander veroorzaakt, pleegt het misdrijf doodslag, moord of vergiftiging.

De arts pleegt geen misdrijf, op voorwaarde dat de arts de in de wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd. Belangrijk is de aangifteplicht van de arts na de uitvoering van het euthanasieverzoek. (Decock et al., 2013., Cohen, 2012).

## **2.2        *Prevalentie***

In België is er een duidelijke toename van het aantal uitvoeringen van euthanasie. In Vlaanderen bedroeg euthanasie, in 2007, 1,9% van alle sterfgevallen. In 2013 was dit reeds 4,6 % van alle sterfgevallen. De vraag naar euthanasie nam tussen 2007 en 2013 toe alsook de bereidwilligheid van de artsen om aan de vraag te voldoen en deze uit te voeren. In 2007 werd in Vlaanderen een verzoek tot euthanasie gedaan in 3,5% van de sterfgevallen en 56,3% van die verzoeken werden toegekend. In 2013 nam het aantal verzoeken toe tot 6%, hiervan werden 76,8% toegekend. (Burki, 2015).

Een onderzoek duidt dat van alle respondenten, van de algemene bevolking in België, (N= 9651) 4,4% reeds gepraat had met een arts over medische behandelingen met betrekking tot het einde van het leven. Van het aantal Belgische respondenten had 1,8% een wilsverklaring. Meer oudere personen (> 55 jaar), weduwes en personen met een langdurige ziekte, chronische toestand of onbekwaamheid hadden een wilsverklaring. (De Vleminck, et al., 2015).

## **2.3        *Wetgeving***

Euthanasie kan enkel uitgevoerd worden indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. (Inghelbrecht et al., 2009). Sinds 13 februari 2014 is euthanasie, volgens de Belgische wetgeving (2016), ook toegestaan bij oordeelsbekwame meerderjarigen.

De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat de patiënt een handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, of nog een oordeelsbekwame minderjarige is en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek.

Wanneer het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk.

Wanneer de meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

Alsook indien de minderjarige patiënt die oordeelsbekwaam is, zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden en dat binnen afzienbare termijn het overlijden tot gevolg heeft, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd. ("Wet betreffende de euthanasie", 2014, § 1, artikel 3; Sociale zaken volksgezondheid en leefmilieu, 2016).

Enkel de arts heeft de voorwaardelijke toelating om euthanaserend te handelen. (Decock et al., 2013).

### **2.3.1 Materiële voorwaarden**

Een van de voorwaarden van een actueel euthanasieverzoek zijn de materiële voorwaarden. Onder deze categorie vallen verschillende begrippen.

Zoals eerder gezegd dient de persoon die het verzoek stelt, als eerste, meerderjarig, ontvoogd meerderjarig of oordeelsbekwaam meerderjarig te zijn, maar ook handelings- en wilsbekwaam. Een gerechtelijk onbekwaamverklearde en verlengd minderjarige is volgens de wet van 2014 handelingsonbekwaam. Vanaf 13 februari 2014 kan een minderjarige ook euthanasie aanvragen, indien hij of zij oordeelsbekwaam is. ("Wet betreffende de euthanasie", 2014, § 1, artikel 3).

Een plaatsvervangend euthanasieverzoek, bv. van de ouders of voogd is volgens de huidige euthanasiewet niet mogelijk omdat enkel handelingsbekwamen een verzoek kunnen doen. Een patiënt is meerderjarig indien hij/zij de leeftijd van 18 jaar bereikt heeft. (Landry et al., 2015).

Wilsbekwaam wil zeggen dat de persoon in staat moet zijn om zijn wil te uiten, het is het vermogen van een persoon om een wil te vormen en te uiten. Het vermogen kan soms aangetast zijn door een ziekte bv. dementie. De persoon moet in staat zijn tot een

wils- en besluitvormingsproces te komen. Een persoon met dementie is een voorbeeld van een wilsonbekwame persoon, maar ook een persoon in coma kan zijn/haar eigen wil niet bekend maken. Niet elke dementerende patiënt is wilsonbekwaam, dit moet eerst getest en beoordeeld worden. De arts die de euthanasie uitvoert dient te beoordelen of de patiënt wilsbekwaam is.

Als tweede is de gezondheidstoestand van de patiënt belangrijk. De patiënt moet zich in een medisch uitzichtloze toestand bevinden van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet verlicht kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. De patiënt moet lijden aan een ernstige en ongeneeslijke aandoening. De voorwaarde is dat er geen reëel en redelijk curatief behandelingsperspectief meer voorhanden is. Opnieuw dient de uitvoerende arts de toestand van de patiënt te beoordelen. De toestand van de patiënt moet medisch uitzichtloos zijn. (Landry et al., 2015). Er is geen medische uitzichtloosheid indien er nog een behandelingsperspectief bestaat. Dit moet beoordeeld worden aan de hand van 3 aspecten: de huidige stand van de wetenschap, proportionaliteit (verhouding tussen de te verwachten voor- & nadelen) en het tijdsaspect (resultaat binnen afzienbare termijn). De ernstige en ongeneeslijke aandoening moet een gevolg zijn van een ziekte of een ongeval, bv. door kanker, een verkeersongeval,....

Niet-terminale patiënten kunnen ook een verzoek tot euthanasie doen. In het geval van de niet-terminale patiënten, die niet binnen afzienbare termijn zullen overlijden, gelden twee bijkomende voorwaarden, nl. een bijkomende second opinion door een psychiater of een specialist in de aandoening en een wachtermijn van één maand. De arts dient de geraadpleegde arts op de hoogte brengen van de reden voor de raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Aanhoudend wil zeggen dat het niet van voorbijgaande aard of onderbroken is. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging. De geraadpleegde arts moet een onafhankelijke arts zijn ten opzichte van

de patiënt en de behandelende arts. (“Wet betreffende de euthanasie”, 2014, § 1, artikel 3; Deliëns et al., 2011).

Als derde dient het verzoek van de patiënt schriftelijk (met de hand geschreven of getypt) te zijn, enkel hieraan kan een arts gevolg geven. Het verzoek moet door de patiënt zelf opgesteld worden, maar indien dit niet meer mogelijk is kan een derde dit doen. Het verzoek tot euthanasie kan steeds worden herroepen. Het verzoek moet het vrijwillig, overwogen en herhaald zijn. Het mag zeker niet tot stand zijn gekomen als gevolg van externe druk. Vrijwillig wil zeggen dat het door de patiënt zelf geformuleerd wordt en zonder enige externe druk. Overwogen houdt onder meer in dat de patiënt wilsbekwaam is, dat het verzoek door de wil van de patiënt is ontstaan en dat de patiënt geïnformeerd is. Het euthanasieverzoek moet meermaals worden herhaald en tussen de herhalingen moet de wil tot euthanasie blijven bestaan (duurzaam). (Deliëns, Cohen, François & Bilsen, 2011; Landry et al., 2015; “Wet betreffende de euthanasie”, 2014, § 1, artikel 3 en § 1, artikel 4 ).

### **2.3.2 Procedurele voorwaarden**

Alvorens een arts tot euthanasie mag overgaan, dient hij een aantal verplichtingen te vervullen. De arts moet de patiënt informeren over zijn diagnose, prognose, therapeutische mogelijkheden, over het verloop van de euthanasieprocedure en over de uitvoering van euthanasie. De arts moet met de patiënt tot overtuiging komen dat er geen andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid, er mag geen druk van buitenaf aanwezig zijn. (Anquetin et al., 2013).

De arts moet zich verzekeren van het aanhoudend fysiek en psychisch lijden van de patiënt en het duurzaam karakter van zijn verzoek. De arts die het verzoek uitvoert, dient advies in te winnen van een onafhankelijke specialist. De onafhankelijke arts moet geen specialist zijn in de aandoening. De uitvoerende arts moet de patiënt op de hoogte brengen van de second opinion. Het advies van de onafhankelijke specialist is niet bindend voor de uitvoerende arts. Indien de patiënt het onderzoek door de onafhankelijke specialist weigert, kan het verzoek tot euthanasie niet uitgevoerd worden. Het verzoek tot euthanasie dient ook met het verplegend team besproken te worden. Indien de patiënt het wenst, moet de arts het verzoek met de naasten van de

patiënt bespreken. De patiënt moet de gelegenheid krijgen om zijn verzoek te bespreken met de personen die hij wenst te ontmoeten, zoals familieleden. (“Wet betreffende de euthanasie”, 2014, § 1 en 2, artikel 3; Deliens et al., 2011., Cohen et al., 2012).

## **2.4 Vormen van euthanasie**

### **2.4.1 Actueel euthanasieverzoek**

Een actueel euthanasieverzoek betreft een verzoek tot euthanasie in de nabije toekomst, omdat men zich op het ogenblik van het verzoek in een lichamelijke en/of psychische aanhoudende en ondraaglijke toestand bevindt. De toestand van de patiënt is te wijten aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. (Deliens et al., 2011; Sociale zaken volksgezondheid en leefmilieu, 2016).

### **2.4.2 Wilsverklaring**

Volgens Deliens et al. (2011) en Decock et al. (2013) is een wilsverklaring *‘een geschreven document, waarin men op voorhand de wens uitdrukt dat een arts euthanasie zou toepassen wanneer men zich in de toekomst in een aanhoudende en ongeneeslijke toestand bevindt en zijn wil niet meer kan uiten’*.

Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening; dat hij niet meer bij bewustzijn is en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is. (“Wet betreffende de euthanasie”, 2014, § 1, artikel 4). Indien men ‘zijn wil niet meer kan uiten’ wordt omschreven als een situatie waarin men lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, waarin men niet meer bij bewustzijn is en waarin de toestand (bewusteloosheid) volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is. (Deliens et al., 2011; Decock et al., 2013).

In de wilsverklaring kunnen één of meer meerderjarige vertrouwenspersonen in volgorde van voorkeur aangewezen worden, die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt. Elke vertrouwenspersoon vervangt zijn of haar in de wilsverklaring vermelde voorganger in geval van weigering, verhindering, onbekwaamheid of overlijden. De behandelende arts van de patiënt, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.

De wilsverklaring kan op elk moment worden opgesteld. Zij moet schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt en moet gedateerd en ondertekend worden door degene die de verklaring aflegt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door één of meerdere vertrouwenspersonen (“Wet betreffende de euthanasie”, 2014, § 1, artikel 4).

Volgens Sociale zaken volksgezondheid en leefmilieu (2016) is zo'n verklaring pas geldig als ze opgesteld is volgens een wettelijk voorgeschreven modelformulier. In de huidige wet betreffende de euthanasie staat dit niet expliciet vermeld.

Indien de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen, kan hij een meerderjarig persoon, die geen enkel materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene, aanwijzen, die zijn verzoek schriftelijk opstelt, ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt. De wilsverklaring vermeldt dat de betrokkene niet in staat is te tekenen en waarom. De wilsverklaring moet gedateerd en ondertekend worden door degene die het verzoek schriftelijk opstelt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen.

Bij de wilsverklaring wordt een medisch getuigschrift gevoegd als bewijs dat de betrokkene fysiek blijvend niet in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.

Met de wilsverklaring kan alleen rekening gehouden worden indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

De Koning bepaalt hoe de wilsverklaring wordt opgesteld, geregistreerd en herbevestigd of ingetrokken en via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld. (“Wet betreffende de euthanasie”, 2014, § 1, artikel 4).

Sociale zaken volksgezondheid en leefmilieu (2016) voegt hier nog aan toe dat de wilsverklaring is opgesteld of bevestigd minder dan vijf jaar voor het begin van de wilsonbekwaamheid bij de patiënt. Om de vijf jaar dient een nieuwe verklaring afgelegd te worden. Indien ze opgesteld is in het bijzijn van twee meerderjarige getuigen waarvan er minstens één geen materiaal voordeel heeft bij het overlijden. Een wilsverklaring kan ook één of meerdere vertrouwenspersonen aanwijzen die de arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt. De vertrouwenspersoon moet ook de wilsverklaring ondertekenen. De patiënt kan zijn/haar wilsverklaring op elk moment intrekken of aanpassen. (Sociale zaken volksgezondheid en leefmilieu, 2016).



### **3 Attitudes van verpleegkundigen**

De attitudes van verpleegkundigen gespecialiseerd in palliatieve zorgen worden beïnvloed door verschillende factoren, zoals geslacht, leeftijd, ervaring met de zorg voor stervende patiënten en geloof of kijk op de wereld. Dit is zowel van toepassing op palliatieve sedatie als op euthanasie. (Gielen et al., 2012).

#### **3.1 Attitudes tegenover palliatieve sedatie**

Een review duidt dat merendeel van de attitudes van de zorgverleners t.o.v. palliatieve sedatie positief zijn. (Engström, Bruno, Holm & Hellzén, 2007). De meeste studies melden, dat verpleegkundigen vinden, dat palliatieve sedatie een nuttig laatste redmiddel is, een middel voor het creëren van comfort voor erg zieke patiënten. Sommige verpleegkundigen denken dat het bijdraagt aan het welzijn van de patiënt, de familieleden en de arts, maar vooral aan diegene die aan het bed staan van de patiënt. Enkele verpleegkundigen vinden de toediening van palliatieve sedatie ethisch moeilijk, omdat het de alertheid van de patiënt wegneemt en de mogelijkheid om te communiceren met familieleden. (Abarshi, Papavasiliou, Preston, Brown & Payne, 2014).

Verpleegkundigen melden dat palliatieve sedatie een belangrijke therapie is om de zorg van stervende patiënten te verbeteren met refractaire symptomen. (Patel, et al., 2012).

De uitoefening van palliatieve sedatie in de praktijk wordt vaak beïnvloed door het niveau van educatie van verpleegkundigen, hun expertise en de rollen die de verpleegkundigen spelen per instelling. (Abarshi, et al., 2014).

##### **3.1.1 Verschil op basis van nationaliteit**

Volgens Gielen (2012) vinden 75,6% van de Vlaamse palliatieve verpleegkundigen euthanasie niet menselijker dan palliatieve sedatie. Het doel van het onderzoek is om te peilen naar de attitudes van verpleegkundigen met betrekking tot palliatieve sedatie

en euthanasie. Men komt op deze uitspraak doordat onderzoekers een tiental stellingen hebben opgesteld waar de verpleegkundigen, als respondenten, aangeven of ze al dan niet akkoord gaan met de stelling.

In een onderzoek naar de attitudes van Noorse verpleegkundigen, ten opzichte van palliatieve sedatie, blijkt dat de verpleegkundigen stapsgewijze sedatie verkiezen, omdat het zowel de patiënt als de zorgverlener de mogelijkheid biedt om de beslissing tot sedatie te herzien. (Abarshi et al., 2014).

### **3.1.2 Religieuze verschillen**

Vlaamse Katholieke verpleegkundigen, verpleegkundigen met een ander religieus geloof en verpleegkundigen die gelovig zijn, maar zonder vermelding dat hun geloof belangrijk is voor hun professionele attitudes ten opzichte van beslissingen m.b.t. het einde van het leven, zijn minder bereid om medicatie toe te dienen bij continue palliatieve sedatie, dan niet-religieuze verpleegkundigen. (Inghelbrecht, et al., 2009).

Het geloof en de mate waarin Vlaamse palliatieve verpleegkundigen hun geloof belangrijk achten, hebben geen invloed op de antwoorden van de verpleegkundigen op de volgende stelling: 'Het brengen van de patiënt in een coma tot de dood is een optimaal proces van sterven, voornamelijk als dit de enige manier is om het lijden van de patiënt onder controle te brengen'.

De mate waarin een verpleegkundige haar geloof belangrijk acht, heeft een invloed bij het voorbereid zijn om medicatie toe te dienen, met als doel de patiënt in een coma te brengen en te houden tot aan de dood. Hoe belangrijker het geloof voor een Vlaamse palliatieve zorgen verpleegkundige is, hoe minder ze voorbereid is om medicatie toe te dienen aan een patiënt met als doel de patiënt in een coma te brengen en te houden tot aan de dood. (Gielen, et al., 2012). Met deze stelling ging 25,9% van de verpleegkundigen akkoord. (Inghelbrecht, et al., 2009).

### **3.1.3 Gender diversiteit**

Vrouwelijke Vlaamse verpleegkundigen geven aan minder in staat te zijn om medicatie toe te dienen, in geval van continue palliatieve sedatie, in vergelijking met mannelijke Vlaamse verpleegkundigen. (Inghelbrecht et al., 2009).

### **3.1.4 Plaats van tewerkstelling**

Verpleegkundigen voelen zich in 84,5% van de gevallen betrokken bij de beslissing tot het gebruik van sedatie. In de thuissituatie is dit beduidend minder (68,8%) dan in een verzorgingstehuis (88,5%) en dan in een ziekenhuis (90,3%). (Arevalo et al., 2012).

### **3.1.5 Multidisciplinaire benadering**

Palliatieve sedatie vraagt een multidisciplinaire benadering, waarbij tenminste een arts en verpleegkundige deel van uitmaken. (Swart et al., 2010).

In ongeveer 81,4% van de gevallen van palliatieve sedatie is een verpleegkundige aanwezig bij de start van de sedatie, artsen zijn in 45,2% aanwezig van de gevallen. (Arevalo et al., 2012).

Zowel de arts als de verpleegkundige benadrukt het belang van goede communicatie tussen elke betrokkene, wanneer men geconfronteerd wordt met een terminaal zieke patiënt die enorm lijdt en die aangeeft dat hij of zij het niet meer kan houden. Ook vinden ze het belangrijk om de wensen van de patiënt te verduidelijken met betrekking tot de beslissingen inzake het einde van het leven en deze ook te respecteren. (Anquinet et al., 2013).

Verschillende zorgverleners, zoals artsen en verpleegkundigen, geven aan dat ze het met de patiënt hebben over zijn/haar wens om het lijden te stoppen of indien het een verlangen naar continue sedatie of euthanasie was. (Anquinet et al., 2013).

Het is belangrijk dat verpleegkundigen worden ondersteund door andere verpleegkundigen, andere disciplines bijvoorbeeld door een arts en het ziekenhuis als instelling en door routinematige klinische supervisies te krijgen. Sommige verpleegkundigen voelen zich eveneens ondersteund door het gebruik van praktische

richtlijnen en verklaringen uitgegeven door beroepsorganisaties, welke duidelijk het gebruik van palliatieve sedatie ondersteunen binnen bepaalde omstandigheden. (Abarshi, et al., 2014).

### **3.1.6 De diepte van de sedatie**

Er is bezorgdheid van de verpleegkundigen over de ideale of juiste diepte en frequentie van palliatieve sedatie en of het al dan niet intermitterend of continue toegediend kan worden. (Abarshi et al., 2014).

Meer dan 60% van de Vlaamse verpleegkundigen is van mening dat 'toestemming van de patiënt' nodig is voor de toediening van diepe en continue sedatie. Ongeveer 51,5% vindt dat diepe en gelijkmatige continue sedatie enkel toegediend mag worden als de levensverwachting zeer beperkt is. Enkel in het geval een patiënt de toediening van diepe en continue sedatie expliciet gevraagd heeft of toegestemd heeft met deze behandeling, vindt 65,4% van de verpleegkundigen dit gerechtvaardigd. Ongeveer 74% van de verpleegkundigen vindt dat actieve beëindiging van het leven niet ethisch gerechtvaardigd is, wanneer de familie aangeeft dat wachten op de dood ondraaglijk is geworden en eist dat er iets wordt gedaan en/of in het geval een diepe en continue sedatie langer duurt dan verwacht. (Gielen, et al., 2012). Bovendien zou de druk van de familie de verpleegkundigen emotioneel belasten. (Morita et al., 2004). Minder dan 15% van de verpleegkundigen geeft aan dat de betrokkenheid bij palliatieve sedatie een emotionele last is. (Morita, et al., 2004).

In gevallen waarbij een verpleegkundige zelf medicatie moet toedienen, om een patiënt in coma te brengen en te houden tot aan de dood, zou 46% van de Vlaamse verpleegkundigen bereid zijn om dit te doen. (Inghelbrecht et al., 2009).

Verpleegkundigen gaan akkoord met de indicatie van de arts voor continue palliatieve sedatie in 96% van de gevallen. (Arevalo et al., 2012).

Ongeveer 75% van de Vlaamse verpleegkundigen gaat akkoord met de bevinding, dat de toediening van medicatie om de patiënt in een coma te brengen en te houden tot aan de dood een optimaal stervensproces was.

Verpleegkundigen tewerkgesteld in een verzorgingstehuis geven vaker aan dat ze niet voorbereid zijn om medicatie toe te dienen in geval van continue diepe sedatie, in tegenstelling tot verpleegkundigen tewerkgesteld in een andere setting, bijvoorbeeld een ziekenhuis, met een hogere opleiding. Zij zijn meer voorbereid. (Inghelbrecht et al., 2009).

Van de Vlaamse verpleegkundigen vindt 94,1% dat in gevallen van diepe en gelijkmatige continue sedatie kunstmatige voeding of vocht niet zou mogen gegeven worden. (Gielen, et al., 2012).

### **3.1.7 Ervaring en opleiding**

Na de sedatie zijn enkele verpleegkundigen bezorgd over de echte doodsoorzaak, na het gebruik van palliatieve sedatie, en enkele verpleegkundigen hebben twijfels geuit over de geschiktheid of over de timing van de procedure, dat wil zeggen dat de patiënt sterft terwijl de sedativa wordt gegeven. (Abarshi et al., 2014).

Door opleiding over palliatieve zorgen en training zouden verpleegkundigen verwacht worden om goed geïnformeerd te zijn. (Gielen et al., 2012).

Volgens verpleegkundigen uit de Verenigde Staten van Amerika, vereist de toediening van palliatieve sedatie unieke vaardigheden, inclusief de mogelijkheid om te werken binnen een team, communiceren met andere zorgverleners, patiënten en families, het voltooien van een nauwkeurige beoordeling van de symptomen, het gebruik maken van technische vaardigheden en cultureel competent zijn. Het is ook belangrijk om te kunnen inschatten welke informatie de familie nodig heeft, zodat zij zich comfortabel voelen met wat jij als verpleegkundige aan het doen bent. De familie heeft gedurende dit proces geruststelling nodig, zo dient de verpleegkundige te kunnen inschatten wat de nood aan informatie van de familie is, als de nood aan emotionele steun. Over het algemeen zijn de lessen omtrent sedatie en over de dood en het stervensproces heel beknopt en beperkt. Er is een gebrek aan formele educatie bv. over wat palliatieve sedatie was. Het is belangrijk dat verpleegkundigen de gepaste opleiding en informatie krijgen over palliatieve sedatie, zodat zij op haar beurt de patiënt en/of familie op de

hoogte kan brengen en informeren. Want indien verpleegkundigen het zelf niet begrijpen, hoe zouden ze dit dan uitleggen aan hun patiënten? (Patel et al., 2012).

De uitoefening van palliatieve sedatie in de praktijk wordt vaak beïnvloed door het niveau van educatie van verpleegkundigen, hun expertise en de rollen die de verpleegkundigen spelen per instelling. (Abarshi, et al., 2014).

Enkele tekortkomingen in het beleid met betrekking tot palliatieve sedatie worden aangegeven, voornamelijk met betrekking tot communicatie, gebruikte medicatie, controle over de start en het continue toezicht van palliatieve sedatie en rapportage procedures. Verpleegkundigen suggereren de behoefte voor richtlijnen, die kunnen helpen bij het definiëren van rollen en bij het duidelijk aanpakken van problemen rond professionele verantwoordelijkheden. Er is nood aan verdere opleiding en training in palliatieve zorg. (Abarshi, et al., 2014).

## **3.2 Attitudes tegenover euthanasie**

### **3.2.1 Verschil op basis van nationaliteit**

Zoals eerder aangegeven, vinden Vlaamse palliatieve verpleegkundigen (75,6%) niet dat euthanasie menselijker is dan palliatieve sedatie. Een vijfde van de verpleegkundigen is overtuigd dat er door palliatieve sedatie geen nood meer is aan euthanasie. In totaal is 74,9% van de verpleegkundigen ervan overtuigd dat een euthanasieverzoek door de familie, van een diep en continue gesedeerde patiënt, geweigerd moet worden. (Gielen et al., 2012).

In België is de acceptatie van euthanasie groter in Vlaanderen dan in Wallonië. Verzoeken worden vaker toegestaan in Vlaanderen dan in Wallonië (51% vs 38%) en uitgevoerde euthanasieverzoeken worden meer gemeld (73% vs 58%). (Cohen et al., 2012).

In Griekenland waar euthanasie nog niet gelegaliseerd is, vind 52 % van de Griekse artsen en verpleegkundigen, tewerkgesteld op een intensieve zorgen afdeling, euthanasie onnauwkeurig, als het weerhouden of het terugtrekken van de behandeling. Terwijl 15% beperking van de levensondersteuning rangschikt onder een vorm van euthanasie, samen met actieve verkorting van het stervensproces en hulp bij zelfdoding door artsen. Enkel één derde van de respondenten definieert euthanasie als correct. Ongeveer 59% van de artsen en 64% van de verpleegkundigen ondersteunen de legalisatie van actieve euthanasie en 28% van de artsen en 26% van de verpleegkundigen gaat hier ethisch akkoord mee. (Kranidiotis, Ropa, Mprianas, Kyprianou & Nanas, 2015).

### **3.2.2 Religieuze verschillen**

Vlaamse katholieke verpleegkundigen, verpleegkundigen met een ander religieus geloof en verpleegkundigen die gelovig zijn, maar zonder vermelding dat hun geloof belangrijk is voor hun professionele attitudes ten opzichte van beslissingen m.b.t. het einde van het leven, zijn minder bereid om medicatie toe te dienen in geval van

euthanasie, dan niet-religieuze verpleegkundigen. Ook kunnen katholieke verpleegkundigen en verpleegkundigen met een ander geloof euthanasie minder aanvaarden, in vergelijking met niet-gelovige verpleegkundigen. (Inghelbrecht et al., 2009).

### **3.2.3 Gender diversiteit**

Overeenstemmend met palliatieve sedatie, denken vrouwelijke Vlaamse verpleegkundigen niet in staat te zijn om medicatie toe te dienen, in geval van euthanasie. In vergelijking met mannelijke Vlaamse verpleegkundigen is de prevalentie hoger. (Inghelbrecht et al., 2009).

### **3.2.4 Plaats van tewerkstelling**

Verpleegkundigen, die in een verzorgingstehuis werken, gaan minder vaak akkoord met euthanasie, dan verpleegkundigen tewerkgesteld in een ziekenhuis. Maar verpleegkundigen tewerkgesteld in een verzorgingstehuis gaan wel akkoord met het recht van patiënten om te beslissen om hun dood te bespoedigen, met euthanasie. Ook geven verpleegkundigen, tewerkgesteld in een verzorgingstehuis, aan minder voorbereid te zijn om dodelijke medicatie toe te dienen, in vergelijking met verpleegkundigen tewerkgesteld in een andere setting, bijvoorbeeld een ziekenhuis. (Inghelbrecht et al., 2009).

De meerderheid van de psychiatrische verpleegkundigen, in Vlaanderen, (84%) heeft geen bezwaar tegen euthanasie, in een psychiatrisch zieke populatie met ondraaglijk psychisch lijden. Een kleine minderheid geeft aan dat euthanasie enkel mag worden toegepast bij fysiek leiden, terwijl ongeveer 3% van de psychiatrische verpleegkundigen euthanasie ethisch onaanvaardbaar vindt. Deze verpleegkundigen (71%) geven aan dat zij een gebrek aan kennis en vaardigheden hebben, om op een adequate manier om te gaan met een euthanasieverzoek. Psychiatrische verpleegkundigen die op een acute afdeling werken, zijn meer geneigd akkoord te gaan met het verzoek tot euthanasie van de patiënt, in vergelijking met verpleegkundigen die op een afdeling met langere behandelingstermijn werken (geen acute afdeling).



Verpleegkundigen, in Vlaanderen, die werken met psychotische patiënten of met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn meer geneigd om akkoord te gaan met euthanasie, gebaseerd op het ondraaglijk psychisch lijden, in vergelijking met verpleegkundigen die met patiënten met een verslaving werken. (De Hert et al., 2015).

### **3.2.5 Multidisciplinaire benadering**

Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol met betrekking tot beslissingen over het einde van het leven. Aangezien patiënten vaak praten met verpleegkundigen over hun wensen en noden m.b.t. het einde van het leven, raadplegen artsen vaak verpleegkundigen alvorens een beslissing te nemen m.b.t. het einde van het leven. Ook delegeren artsen soms handelingen aan verpleegkundigen, met betrekking tot het einde van het leven. Verpleegkundigen (89%) vinden dat ze nog meer betrokken moeten worden bij de discussies omtrent euthanasie. (Inghelbrecht, et al., 2009).

In België staat de wet de arts toe om euthanasie uit te voeren onder strikte zorgvuldigheidseisen, waaronder dat de arts het verzoek moet bespreken met de betrokken verpleegkundigen. Volgens de vragenlijsten kwam dit niet altijd voor. (Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens, 2010).

### **3.2.6 Ervaring en opleiding**

Ervaring inzake beslissingen voor het einde van het leven speelt een rol bij euthanasie, nl. hoe meer ervaring hoe groter de kans op aanvaarding. (Inghelbrecht et al., 2009).

In vergelijking met verpleegkundigen met een basis diploma, zijn hoger opgeleide verpleegkundigen vaker voorbereid om medicatie toedienen, in geval van euthanasie. Verpleegkundigen met een bachelor of master diploma zijn vaker voorbereid om dodelijke medicatie toe te dienen dan verpleegkundigen met een basis diploma in de verpleegkunde, bijvoorbeeld een gegradueerde verpleegkundige. (Inghelbrecht et al., 2009).

Net zoals bij palliatieve sedatie is er bij euthanasie ook nog steeds nood aan educatie, onder meer systematische educatie over bio-ethische kwesties. Omdat het morele onderscheid tussen doden en toestaan om een patiënt te laten sterven nog niet

duidelijk genoeg is, bij de artsen en de verpleegkundigen. Waarschijnlijk wordt die verwarring nog groter, bij Griekse artsen en verpleegkundigen, door hun perceptie met betrekking tot het terugtrekken en weerhouden van een behandeling, als een actie. (Kranidiotis et al., 2015).

Meer dan 80% van de psychiatrische verpleegkundigen oordelen dat ze de mogelijkheid moeten hebben en moeten toelating krijgen om een verzoek tot euthanasie te bespreken met de patiënt. Zij zijn ervan overtuigd dat deze discussies niet enkel door een arts moet gehouden worden. (De Hert et al., 2015).

## Discussie

Palliatieve sedatie en euthanasie staan de laatste jaren meer en meer centraal in de gezondheidszorg, maar desondanks is de algemene kennis bij zowel de zorgvragers en familie als bij de zorgverleners beperkt. Het kennistekort is voornamelijk bij palliatieve sedatie. Aangezien palliatieve sedatie steeds vaker wordt gebruikt, moet het kennistekort zeker aangepakt worden. In de literatuur wordt dit voornamelijk weergegeven, doordat veel familieleden en sommige zorgverleners dachten dat palliatieve sedatie hetzelfde doel voor ogen had als euthanasie, wat in principe niet zo is. In tegendeel palliatieve sedatie wil niet tot de dood van de patiënt leiden. Vaak hebben familieleden het moeilijk als ze hun geliefden zo zien lijden, hierdoor worden vaak de zorgverleners, nl. de verpleegkundigen en artsen, onder druk gezet om de sedatie sneller toe te dienen en zo tot de dood van de patiënt te komen. Dit zorgt voor een ethisch dilemma en een emotionele belasting bij de zorgverleners. Hierdoor gaan zorgverleners het contact met palliatieve sedatie uit de weg.

Omtrent het al dan niet toedienen van kunstmatige voeding en/of vocht, bij palliatieve sedatie, is men het in de literatuur nog niet helemaal mee eens. In het ene artikel zegt men dat de toediening van voeding en/of vocht bij een gesedeerde patiënt meer kwaad doet dan goed en in het andere artikel zegt men dat het geen meerwaarde is als de patiënt binnenkort komt te overlijden. Indien een gesedeerde patiënt weldra komt te overlijden, zou ik aanraden om de toediening van voeding en/of vocht te onthouden. In dit geval vind ik dat de sedatie continue en diep dient te zijn. De toediening veroorzaakt volgens mij meer leed en het verlengt de levensverwachting.

Volgens de wetenschappelijke literatuur wordt palliatieve sedatie, door bepaalde auteurs, soms aanzien als 'slow euthanasia' of 'trage euthanasie'. Volgens mij is palliatieve sedatie nog steeds geen euthanasie of 'trage euthanasie'. Bij euthanasie gaat men de patiënt een bepaalde dosis medicatie geven, zodat de patiënt overlijdt. Dit moet op een correcte manier gebeuren, zoals in de wet uitvoerig beschreven staat. Om een misverstand te voorkomen gebruikt men de term proportionaliteit bij palliatieve sedatie.

Onderzoek naar de perspectieven en attitudes van verpleegkundigen met betrekking tot palliatieve sedatie blijft beperkt, ondanks dat verpleegkundigen een belangrijke rol spelen in de zorg voor patiënten en hun families. (Patel, et al., 2012).

Er zou nog meer wetenschappelijk onderzoek verricht moeten worden omtrent de attitudes en de kennis van de zorgverleners rond beide onderwerpen. Meer bepaald naar de ervaringen van verpleegkundigen en hun mening ten opzichte van palliatieve sedatie en euthanasie. Ook moeten verpleegkundigen zeker bijgestaan worden door een arts en eventueel door een andere verpleegkundige en er zou naar een duidelijke oplossing gezocht moeten worden om het kennistekort te verkleinen.

## Conclusie

In deze bachelorproef werd getracht een antwoord te formuleren op de vraag 'Hoe staan verpleegkundigen tegenover palliatieve sedatie en tegenover euthanasie. Is er een verschil in deze attitudes?'.

Wat betreft de attitudes van de verpleegkundigen t.o.v. palliatieve sedatie en euthanasie, zijn er verschillende aspecten die de attitudes beïnvloeden. Zo is er een verschil op basis van nationaliteit en vinden Vlaamse verpleegkundigen euthanasie niet menselijker dan palliatieve sedatie. Er is een verschil op basis van religie en op basis van het geslacht. Vrouwelijke en gelovige verpleegkundigen geven aan minder in staat te zijn om medicatie toe te dienen, bij palliatieve sedatie en euthanasie. Ook de plaats van tewerkstelling beïnvloedt de attitudes. Zo gaan verpleegkundigen tewerkgesteld in een verzorgingstehuis minder akkoord met de toediening van euthanasie. Een multidisciplinaire benadering blijkt van belang te zijn. Met betrekking tot de diepte van de sedatie, zijn verpleegkundigen bezorgd over de juiste of ideale diepte. Ervaring en opleiding zijn zowel bij palliatieve sedatie als bij euthanasie belangrijk. Algemeen stonden verpleegkundigen met meer jaren werkervaring, en specifiek met palliatieve sedatie en euthanasie, meer open voor de betrokkenheid en de toediening van medicatie bij palliatieve sedatie en euthanasie. Ook zijn hoger opgeleide verpleegkundigen, bijvoorbeeld met een bachelor of master diploma, vaker voorbereid om medicatie toe te dienen, in vergelijking met verpleegkundigen met een basis diploma.

Om de terughoudendheid van de zorgverleners, voornamelijk van de verpleegkundigen, te verkleinen, zou er meer gecommuniceerd moeten worden met andere disciplines, bijvoorbeeld met een arts en andere verpleegkundigen. Beide onderwerpen zijn een multidisciplinair onderwerp dat in groep besproken moet worden. In het team is het belangrijk dat iedereen elkaar steunt en terecht kan bij elkaar. Ook dient er voldoende opleiding en informatie ter beschikking gesteld worden van de verpleegkundigen en andere zorgverleners.

Uit de wetenschappelijke artikels besluit ik dat er, zowel bij de patiënten en families, als bij de zorgverleners een kennistekort is.

## Referentielijst

1. Abarshi, E A., Papavasiliou, E S., Preston, N., Brown, J. & Payne, S. (2014). The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: A systematic literature review. *Journal of pain and symptom management*, 47(5), 915 – 925.
2. Anquinet, L., Raus, K., Sterckx, S., Smets, T., Deliens, L., & Rietjens, J. (2013). Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia - professional caregivers' attitudes and experiences: A focus group study. *Palliative Medicine*, 27(6), 553-561.
3. Arevalo, J., Rietjens, J., Swartt, S., Perez, R., & Van der Heide, A. (2012). Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance. *International Journal of Nursing Studies* 50(5), 613-621.
4. Blanker, M., Koerhuis-Roessink, M., Swart, S., Zuurmond, W., Perez, R., & Rietjens, J. (2012). Pressure during decision making of continuous sedation in end-of-life situations in Dutch general practice. *BioMed Central*, 13(68), 1 – 7.
5. Borgsteede, S. D., Rhodius, C., De Smet, P. A., Pasman, W., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Rurup, M. L. (2011). The use of opioids at the end of life: knowledge level of pharmacists and cooperation with physicians. *European journal of clinical pharmacology* 67, 79-89.
6. Broeckaert. (2009). *Medisch begeleid sterven. Een begrippenkader*, herdruk (brochure). Wemmel: Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.
7. Broeckaert, B., Mullie, A., Desmet, M., Declerck, D., & Van den Berghe, P. (2012). *Palliatieve sedatie: Richtlijn, Versie: 2.0*. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen VZW.
8. Bruntink, R. (2007). Artsen creatief met middelen. *Pallium*, 09:111-112.
9. Burki, T K. (2015). Increasing prevalence of euthanasia in Belgium. *The lancet oncology*, 16(5), e200.

10. Cherny, N., & Radbruch, L. (2009). The Board of the european association for Palliative care, european association for Palliative care (eaPc) recommended Framework for the Use of sedation in Palliative care. *Palliative Medicine* 23 (7), 581-593.
11. Claessens, P., Menten, J., Schotsmans, P., & Broeckaert, B. (2011). Palliative Sedation: Not Slow Euthanasia. A prospective, Logitudinal Study of Sedation in Flemish Palliative Care Units. *Journal of Pain and Symptom Management* 41, 14-24
12. Claessens, P., Menten, J., Schotsmans, P., & Broeckaert, B. (2008). Palliative Sedation a Review of the Research Literature. *Journal of pain and symptom management* 36, 310-333.
13. Cohen, J., Van Wesemael, Y. Smets, T., Bilsen, J. & Deliëns, L. (2012). Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: one law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia. *Social Science & Medicine*, 75(5), 845 – 853.
14. Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie. (2009). KNMG-richtlijn palliatieve sedatie. Geraadpleegd op 27 januari 2016 via Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/KNMGrichtlijnpalliatieve-sedatie-2009.htm>
15. Decock, G., D'hanis, H., Janssens, V., Nys, H., Peeters, E., Vancorenland, K., & Vande Moortel, J. (2013). *Recht voor verpleegkundigen en vroedvrouwen*. 11<sup>e</sup> herwerkte editie. Mechelen: Wolters Kluwer Belgium.
16. Deliëns, L., Cohen, J., François, I., & Bilsen, J. (2011). *Palliatieve zorg en euthanasie in België, evaluatie van de praktijk en de wetten*. Melc Consortium. Brussel: Academic and Scientific Publishers nv.
17. De Graeff, A. & Dean, M. (2007). Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *Journal of palliative medicine*, 10(1), 67 – 85.

18. De Hert, M., Van Bos, L., Sweers, K., Wampers, M., De Lepeleire, J. & Correll, C U. (2015). Attitudes of psychiatric nurses about the request for euthanasia on the basis of unbearable mental suffering (UMS). PLOS ONE, 10, 1-14.
19. Den Hartogh, G. (2015). Continuous deep sedation and homicide: an unsolved problem in law and professional morality. *Medicine, health care and philosophy*, 1 – 13.
20. De Vleminck, A., Pardon, K., Houttekier, D., Van den Block, L., Vander Stichele, R. & Deliens, L. (2015). The prevalence in the general population of advance directives on euthanasia and discussion of end-of-life wishes: a nationwide survey. *BMC palliative care*, 14(1), 1 – 8.
21. Engström, J., Bruno, E., Holm, B. & Hellzén, O. (2007). Palliative sedation at the end of life – a systematic literature review. *European journal of oncology nursing*, 11, 26 – 35.
22. Gielen, J., Van den Branden, S., Van Iersel, T., & Broeckaert, B. (2012). Flemish palliative-care nurses' attitudes to palliative sedation: A quantitative study. *Nursing Ethics* 19, 692-704.
23. Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2009). Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders Belgium. *Palliative Medicine* 23, 649-658.
24. Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. & Deliens, L. (2010). The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 182(9), 905-910.
25. Jochems, A., & Joosten, F. (2006). COËLHO zakwoordenboek der geneeskunde. Doetinchem: Elsevier gezondheidszorg.
26. Juth, N., Lindblad, A., Ilyoë, N., Sjöstrand, A. & Helgesson, G. (2010). European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. *BMC palliative care*, 9, 1 – 5.
27. Koelewijn, M. & Wanrooij, B. (2006). Als de patiënt niet meer kan slikken. *Huisarts en wetenschap*, (49)10, 728-735.



28. Kranidiotis, G., Ropa, J., Mprianas, J., Kyprianou, T. & Nanas, S. (2015). Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart & Lung*, 44, 260 – 263.
29. Landry, J., Foreman, T. & Kekewich, M. (2015). Ethical considerations in the regulation of euthanasia and physician-assisted death in Canada. *Health policy*, 119(11), 1490 – 1498.
30. Maessen, M., Veldink, JH., Onwuteaka-Philipsen, BD., de Vries, JM., Wokke, JH., van der Wal, G. & van den Berg, LH. (2009). Trends and determinants of end-of-life practices in ALS in the Netherlands. *Neurology*, 73, 954 – 961.
31. Miccinesi, G., Rietjens, JA, Deliens, L., Paci, E., Bosshard, G., Nilstun, T., Norup, M., van der Wal, G. & on behalf of the EURELD Consortium. (2006). Continuous deep sedation: Physicians' experiences in six European countries. *J Pain Symptom Manage*, 31, 122–129.
32. Morita, T., Miyashita, M., Kimura, R., Adachi, I., & Shima, Y. (2004). Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliative medicine* 18, 550-557.
33. Patel, B., Gorawara-Bhat, R., Levine, S., & Shega, J. (2012). nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: components for developing policy for nursing professionals . *Journal of palliative medicine* 15, 432-437.
34. Pollefliet, L. (2009). *Schrijven: van verslag tot eindwerk, do's & don'ts*. Gent: Academia Press.
35. Redactie palliatieve zorg, Landelijke richtlijn. (2009). *Refractaire symptomen*, Versie: 2.0. Geraadpleegd op 27 januari 2016 via oncoline Vereniging van Integrale Kankercentra: [http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=28927&richtlijn\\_id=632](http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=28927&richtlijn_id=632)
36. Rietjens, J., van Zuylen, L., van Veluw, H., van der Wijk, L., & van der Heide, A. v. (2008). Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 228-234.

37. Seale, C. (2010). The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care. *J Med Ethics*, 36, 677 – 682.
38. Seale, C. (2010). Continuous deep sedation in medical practice: A descriptive study. *J Pain Symptom Manage*, 39, 44–53.
39. Seymour, J., Rietjens, J., Bruinsma, S., Deliens, L., Sterckx, S., Mortier, F., Brown, J., Mathers, N., van der Heide, A. (2015). Using continuous sedation until death for cancer patients: a qualitative interview study of physicians and nurses practice in three European countries. *Palliative medicine*, 29(1), 48 – 59.
40. Smets, T., Cohen, J., Bilsen, J., van Wesemael, Y., Rurup, M. & Deliens, L. (2011). Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *Journal of pain and symptom management*, 41(3), 580-593.
41. Sociale zaken volksgezondheid en leefmilieu. (2016). Euthanasie: een streng gereguleerd recht. Geraadpleegd op 30 januari 2016, van Belgische Federale Overheidsdiensten: <http://www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/levenseinde/euthanasie/>
42. Song, H N., Lee, U S., Lee, G W., Hwang, I G., Kang, J H. & Eduardo, B. (2015). Long-term intermittent palliative sedation for refractory symptoms at the end of life in two cancer patients. *Journal of palliative medicine*, 18(9), 807 – 810.
43. Swart, S J., Brinkkemper, T., Rietjes, J A C., Blanke, M H., Van Zuylen, L., Ribbe, M., Zuurmond, W W A., van der Heide, A. & Perez, R S G M. (2010). Physicians' and nurses' experiences with continuous palliative sedation in the Netherlands. *American Medical Association*, 170(14), 1271 – 1274.
44. Swart, S J., van der Heide, A., Van Zuylen, L., Perez, R., Zuurmond, W., Van Der Maas, P J., Van Delden, J. & Rietjens, J. (2012). Considerations of physicians about the depth of palliative sedation at the end of life. *Canadian medical association journal*, 184(7), 360 – 366.

45. Swart, S J., van der Heide, A., Van Zuylen, L., Perez, R., Zuurmond, W., Van Der Maas, P J., Van Delden, J. & Rietjens, J. (2014). Continuous palliative sedation: Not only a response to physical suffering. *Journal of palliative medicine*, 17(1), 27 – 36.
46. Swart, S J., van der Heide, A., Van Zuylen, L., Perez, R., Zuurmond, W., Van Der Maas, P J., Van Delden, J. & Rietjens, J. (2012). Palliatieve sedatie: hoe diep? *Huisarts & wetenschap*, 55(10), 434 – 438.
47. Ten Have, H. & Welie, J. (2014). Palliative sedation versus euthanasia: An ethical assessment. *Journal of pain and symptom management*, 47(1), 123 – 136.
48. Van Deijck, R., Hasselaar, J., Verhagen, S., Vissers, K. & Koopmans, R. (2013). Determinants of the administration of continuous palliative sedation: a systematic review. *Journal of palliative medicine*, 16(12), 1624-1632.
49. Van den Block, L., Deschepper, R., Bilsen, J., Bossuyt, N., Van Casteren, V., Deliëns, L. (2009). Euthanasia and other end-of-life decisions: A mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health*, 339, 1 – 8.
50. Van Heest, F. (2013). Verwardheid: een delier? *Gezondheidscentrum Schoonoord. Huisarts en wetenschap*, 56(11), 584 – 589.
51. VZW LevensEinde InformatieForum (LEIF). (2013). Iedereen heeft recht op een waardig levenseinde. *Leifblad*, 23-29.
52. Wet betreffende de euthanasie. (2014, 13 maart). Geraadpleegd op 24 april 2016, van [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table_name=wet)

## **Bijlagen**

### ***Bijlage 1: RASS-schaal***

(Cherny & Radbruch, 2009).

<b>Score</b>	<b>Term</b>	<b>Discription</b>
+4	Combative	Overtly combative or violent; immediate danger to staff
+3	Very agitated	Pulls on or removes tube(s) or catheter(s) or has aggressive behavior toward staff
+2	Agitated	Frequent nonpurposeful movement or patient-ventilator dyssynchrony
+1	Restless	Anxious or apprehensive but movements not aggressive or vigorous
0	Alert and calm	
-1	Drowsy	Not fully alert, but has sustained (more than 10 seconds) awakening, with eye contact, to voice
-2	Light sedation	Briefly (less than 10 seconds) awakens with eye contact to voice
-3	Moderate sedation	Any movement (but no eye contact) to voice
-4	Deep sedation	No response to voice, but any movement to physical stimulation
-5	Unarousable	No response to voice or physical stimulation

## Bijlage 2: DOS-schaal

(Van Heest, 2013).

OBSERVATIES De patiënt:		dag dienst			late dienst			nacht dienst			TOTAAL SCORE DEZE DAG ( 0 - 39)
		nooit	soms - altijd	weet niet	nooit	soms - altijd	weet niet	nooit	soms - altijd	weet niet	
1	zakt weg tijdens gesprek of bezigheden	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
2	is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
3	heeft aandacht voor gesprek of handeling	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
4	maakt vraag of antwoord niet af	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
5	geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
6	reageert traag op opdrachten	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
7	denkt ergens anders te zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
8	beseft wel welk dagdeel het is	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
9	herinnert zich recente gebeurtenis	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
10	is plukkerig, rommelig, rusteloos	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
11	trekt aan infuus, sonde, catheter enz.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
12	is snel of plotseling geëmotioneerd	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
13	ziet/hoort dingen die er niet zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
<b>TOTAAL SCORE PER DIENST (0 - 13)</b>											
<b>DOS SCHAAL EINDSCORE = TOTAAL SCORE DEZE DAG / 3</b>											



DOS SCHAAL eindscore	< 3	geen delier
	≥ 3	waarschijnlijk delier

### Bijlage 3: medicatieschema

(Broeckaert, 2012 – Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw).

	Middel	Inductie (bolus)	Onderhoudsdosering (spuitaandrijver)	
<p>Trap 1</p> <p>Lichte en diepe palliatieve sedatie</p>	<p>Midazolam (Dormicum®)</p>	<p><b>Bij start lichte palliatieve sedatie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2,5 mg SC</li> <li>- 1,25 mg IV</li> </ul> <p><b>Bij start diepe palliatieve sedatie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 tot 10mg SC</li> <li>- 2,5 tot 5mg IV</li> </ul> <p>Bij onvoldoende effect na ½ u (SC) of 5 min. (IV) de helft van de startdosis toevoegen</p> <p>Niet zelden is het aangewezen om tijdens de eerste uren van de palliatieve sedatie nog 2 à 3 extra bolussen te geven (ook al wordt de onderhoudsdosering nadien niet verhoogd).</p>	<p>Na start palliatieve sedatie (met startbolus), per uur de helft van de totale (!) startdosis als onderhoudsdosering. Deze totale startdosis omvat de dosis gegeven tijdens de eerste twee uur (SC) of het eerste half uur (IV).</p> <p>Onderhoudsdosering lichte palliatieve sedatie doorgaans 30mg/d IV of 60 mg/d SC; onderhoudsdosering diepe palliatieve sedatie 60 tot 240 mg/d.</p> <p><i>Een voorbeeld (lichte palliatieve sedatie): bij een startdosis van 2,5 mg SC waaraan 2 x 1,25 mg werd toegevoegd om voldoende effect te bereiken is de totale startbolus 5 mg. Bij deze totale startbolus hoort een onderhoudsdosering van 2,5 mg per uur of dus 60 mg/d (SC).</i></p>	
		<b>Bij aanpassing van de dosering:</b>		
		<p>Verhogingsinductie: bij elke verhoging moet ook een bolus gegeven worden. Deze bedraagt de helft van de totale startdosis.</p>	<p>Onderhoudsdosering met de helft verhogen of verlagen</p>	
<p>Trap 2</p> <p>(steeds in combinatie met Midazolam!)</p> <p>Enkel diepe palliatieve sedatie</p>	<p>Clotiapine (Etumine®)</p> <p>Levomepromazine (Nozinan®)</p>	<p>20 mg SC of IV</p> <p>25 mg SC of IV</p>	<p>40 tot 160 mg/d</p> <p>25 tot 200 mg/d</p>	
<p>Trap 3</p> <p>Enkel diepe palliatieve sedatie</p>	<p>Anesthetica</p>	<p>In overleg met anesthesist</p>		

## **Bijlage 4: medicatieschema**

(Broeckaert, 2012 – Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw).

TIJDELIJKE WIJZIGING : ETUMINE® (CLOTIAPINE) IS VOOR ONBEPAALENDE DUUR UIT DE HANDEL			
<p><b>ALTERNATIEVEN</b> voor Etumine®: <i>SC toediening en compatibel met Dormicum®:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haloperidol (Haldol®) bij onderliggend delirium</li> <li>• Levomeprazine (Nozinan®)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voor de thuiszorg: ampulles verkrijgbaar (na overleg) via ziekenhuizen</li> <li>○ Bestellen via Internationale Apotheek</li> </ul> </li> <li>• Phenobarbital (Luminal®) bij te oppervlakkige slaap</li> </ul>			
CLOTIAPINE	HALOPERIDOL	LEVOMEPRAZINE	PHENOBARBITAL
40 mg/4ml	5 mg/1ml (starten met 2 amp) (minder sederend)	25 mg/1ml (starten met 2 amp)	50 - 100 mg/1 ml (ervaring of advies vereist)
Steeds optitrerend toedienen, over 1 à 2 uur, maximum dosis /24 uur			
160 mg	40 mg	200 mg	400 mg
bij IV toediening, de bolusdosis halveren, en over minstens 5 min inspuiten			



