

LevenseindeKLINIEK

Beleidsplan



2015

Definitief | 26-01-2015

Vooraf

Voor u ligt het beleidsplan van de Stichting Levenseindekliniek. Het plan omvat een overzicht van de doelstellingen en werkzaamheden en geeft inzicht in de werving, het beheer en de besteding van de fondsen.

Deze versie van het beleidsplan heeft betrekking op 2015. Dit plan wordt jaarlijks geactualiseerd.

Dit plan is vastgesteld in de bestuursvergadering van dd-mmm-2014, en is beschikbaar voor het publiek via de website van de Levenseindekliniek.

Het bestuur van de Stichting Levenseindekliniek,

J.J.H. Suyver
Voorzitter

A.H.B.M. van den Wildenberg
Secretaris

A.A.J. Streppel
Penningmeester

M.S.C. Mous
Bestuurslid

Inleiding

In Nederland worden per jaar circa 14.000 concrete verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding¹ gedaan. In 2013 werden 4.829 verzoeken gehonoreerd² en circa dertig procent van de mensen die een verzoek doen, overlijdt voordat het verzoek tot levensbeëindiging tot inwilliging kon komen. De overige verzoeken worden niet ingewilligd omdat de arts meent dat niet aan de zorgvuldigheidscriteria van de wet is voldaan, of vanwege het feit dat de arts om principiële of andere redenen weigert de levensbeëindiging uit te voeren. Aangezien er geen wettelijke verwijsplicht is voor artsen die een euthanasieverzoek niet kunnen of willen honoreren, blijven er dus mensen met een verzoek in de kou staan. Dit geldt niet alleen voor mensen met een of meerdere lichamelijke aandoening(en), maar ook chronisch psychiatrische patiënten met een doodswens en mensen met dementie.

Om tot een oplossing te komen voor deze hulpvragen is (op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE) op 1 maart 2012 de Levenseindekliniek gestart. Vanaf dat moment hebben zich meer dan 2.100³ mensen gemeld met een hulpvraag. Dit toont aan dat er behoefte is aan een alternatief voor de behandelend arts, wanneer deze aangeeft niet in staat te zijn om een euthanasieverzoek te honoreren.

Doelstelling en doelgroep

Het doel van de Levenseindekliniek is om mensen te helpen met het onderzoek naar en zo mogelijk honorering van een actueel euthanasie- of hulp bij zelfdodingverzoek, dat aan de zorgvuldigheidscriteria voldoet, maar die met dit verzoek niet bij de eigen arts terecht kunnen.

De Nederlandse wetgeving (Wtl: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding) biedt mogelijkheden om te kiezen voor een vrijwillige beëindiging van het leven bij ondraaglijk lijden. Voor levensbeëindiging moet een beroep gedaan worden op de eigen behandelaar (meestal de huisarts). Vanwege religieuze, morele of andere redenen kan een behandelaar niet op het verzoek van zijn patiënt ingaan. De beroepsgroep (KNMG / LHV) stelt dan dat de arts een morele plicht heeft om deze patiënt naar een andere arts te verwijzen. Doet deze dat niet dan blijft de patiënt in de kou staan. De Levenseindekliniek is opgericht om mensen te helpen die met hun euthanasieverzoek geen gehoor vinden bij de eigen arts. Sinds 1 maart 2012 zijn er meer dan 2.100 hulpvragen bij de Levenseindekliniek ingediend. Er bestaat dus een groep van aanzienlijke omvang die een beroep doen op het vangnet dat de Levenseindekliniek biedt. Ook voor 2015 verwachten wij dat er maandelijks gemiddeld 85-90 hulpvragen gesteld zullen worden. Dat leidt tot een jaarlijks aantal hulpvragen van meer dan 1.000.

De hulp die de Levenseindekliniek biedt bestaat uit het beschikbaar stellen van ambulante teams (arts + verpleegkundige) die de hulpvraag onderzoeken en, wanneer aan de zorgvuldigheidscriteria wordt voldaan, euthanasie of hulp bij zelfdoding verlenen.

Het is een principieel punt dat de Levenseindekliniek laagdrempelig (dus zonder verwijzing) toegankelijk moet zijn voor hulpvragers. Zolang er bij euthanasiehulpvragen geen verwijsplicht in Nederland bestaat moet er immers een instelling zijn waar je zonder verwijzing van de (huis)arts terecht kunt. Dit is de Levenseindekliniek.

De Levenseindekliniek biedt hulp die in principe uit ziektekostenverzekeringen gefinancierd wordt, en aangevuld wordt met fondsen verkregen uit giften, schenkingen, legaten en subsidies.

¹ Wanneer wij spreken over euthanasie, wordt ook hulp bij zelfdoding bedoeld.

² Jaarverslag 2013 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie

³ Per 30 september 2014

Doelen en activiteiten

De doelen van de Stichting Levenseindekliniek bestaan uit:

- Het bieden van hulp aan mensen met een actueel euthanasie verzoek, die niet door hun eigen behandelaar geholpen kunnen worden;
- Het in stand houden van een netwerk, van de juiste omvang, van artsen en verpleegkundigen die regionaal ingezet kunnen worden om hulpvragen te beoordelen en waar nodig euthanasie of hulp bij zelfdoding kunnen uitvoeren;
- Het zorgen voor overeenkomsten en/of afspraken met zorgverzekeraars voor de vergoeding van het onderzoek naar en honorering van het vrijwillige levensbeëindiging verzoek;
- Het verwerven van andere middelen, waardoor de mogelijkheid van vrijwillige levensbeëindiging ook mogelijk is als daarvoor geen volledige financiering door zorgverzekeraars beschikbaar is;
- Het uitdragen van het Levenseindekliniek gedachtegoed;
- Het delen van ervaringen en expertise opgedaan door de Levenseindekliniek met de beroepsgroep;
- Het bevorderen en faciliteren van wetenschappelijk onderzoek naar de behoeften en praktijk van vrijwillige levensbeëindiging, met name door de Stichting Levenseindekliniek.

De activiteiten van de Stichting Levenseindekliniek bestaan uit:

- Het ontvangen en administratief afhandelen van meldingen door hulpvragers;
- Het verrichten van een vooronderzoek van hulpvragen op grond van de informatie die verkregen wordt uit de hulpvraag aangevuld met informatie uit dossiers van behandelaars en uit persoonlijke gesprekken met de hulpvrager;
- Het toekennen van hulpvragen aan ambulante teams (van een arts en een verpleegkundige) voor gedetailleerd onderzoek met en bij hulpvrager, diens naasten en behandelaar(s);
- Het toetsen van de hulpvraag aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria;
- Het inwinnen van relevante medische informatie bij, en het onderhouden van een goede werkwetenschap met, (hoofd)behandelaar(s) van hulpvragers;
- Het consulteren van een onafhankelijk arts voor toetsing van de procedure;
- Het uitvoeren van euthanasie of hulp bij zelfdoding door teams van aan de Levenseindekliniek verbonden artsen en verpleegkundigen, volgens daarvoor geldende richtlijnen;
- Het zoeken naar mogelijkheden om de behandelend arts bij de hulpvraag te betrekken en waar mogelijk te ondersteunen bij het uitvoeren van euthanasie;
- Het continu ontwikkelen en delen van expertise;
- Het inzetten van de door het netwerk van de Levenseindekliniek verworven expertise voor hulp aan artsen die zelf onervaren zijn met specifieke euthanasie hulpvragen;
- Het bijdragen aan na(scholing) van artsen op het specifieke kennisgebied van de Levenseindekliniek;
- Wanneer de Levenseindekliniek besluit een hulpvraag niet te honoreren, zal de hulpvrager (terug)verwezen worden naar zijn/haar behandelaar of naar andere organisaties.

De Levenseindekliniek ambulante teams werken bij de hulpvrager thuis.

Wettelijk kader

Alle werkzaamheden van de Levensindekliniek vallen onder de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl), en de Levensindekliniek werkt strikt binnen het kader van deze wet. Toetsing van iedere uitgevoerde en gemelde euthanasie vindt plaats volgens de eveneens in deze wet vastgelegde procedure.

Levensindekliniek organisatie

De Levensindekliniek zet voor onderzoek en afhandeling van elke hulpvraag een team in van een arts en een verpleegkundige. Criteria voor de selectie van deze medewerkers zijn: hun instemming met het gedachtegoed van de Levensindekliniek, hun motivatie en hun vaardigheden om deze hulp te verlenen. De artsen en verpleegkundigen worden voor hun werkzaamheden getraind en regelmatig worden nascholingsactiviteiten en intervisiebijeenkomsten georganiseerd.

Een functie in een ambulante team wordt altijd in parttime (maximaal 20%) verband uitgevoerd.

Het op niveau brengen en houden van de deskundigheid van door de Levensindekliniek ingezette professionals is van groot belang. De Levensindekliniek onderscheidt daartoe de volgende elementen:

- *Basistraining.*
Gedurende twee en een halve dag worden professionals die bij de Levensindekliniek starten getraind om de benodigde deskundigheid te verkrijgen;
- *Nascholing.*
Jaarlijks wordt tenminste één nascholingsdag georganiseerd voor alle professionals. Voor deze dag wordt door de werkgroep Training een programma samengesteld dat één of meerdere actuele onderwerpen behandelt;
- *Intervisie.*
Vier keer per jaar worden regionaal intervisiebijeenkomsten georganiseerd met als doel om, los van de urgentie van alledag, te spreken over casuïstiek en persoonlijke ervaringen. Deze bijeenkomst worden professioneel begeleid;
- *Multi Disciplinair Overleg (MDO).*
Het is een standaard stap in de werkwijze van de Levensindekliniek om voordat een team besluit tot feitelijke honorering van een verzoek dit voorgenomen besluit voor te leggen aan een multidisciplinair overleg. Naast besluitvorming heeft dit MDO tevens een deskundigheid bevorderend doel. Door met elkaars casuïstiek bezig te zijn wordt ieders deskundigheid verder ontwikkeld.

Ter ondersteuning van de ambulante teams is een organisatie beschikbaar bestaande uit:

- *Zorgmanagement*
Arts die het primaire proces (de zorgverlening aan hulpvragers) aanstuurt;
- *Triage*
Eerste beoordeling van aanvragen en telefonische beantwoording van vragen;
- *Administratieve ondersteuning*
Zowel in medische, financiële als algemene zin;
- *Communicatie en woordvoering*
Het communicatiebeleid en woordvoering naar pers en media.

Andere ondersteunende taken zijn ondergebracht bij gespecialiseerde bedrijven en instellingen. Dan kan gedacht worden aan:

- Fondsenwerving en het beheer van de Vrienden van de Levenseindekliniek;
- Informatie- & communicatie technologie;
- Financiële administratie en accounting;
- Grafische vormgeving;
- Beheer van de website;
- Advisering in het algemeen.

De Levenseindekliniek organisatie wordt geleid door de directeur, de heer S. Pleiter, die rechtstreeks rapporteert aan het bestuur van de Stichting.

Kwaliteitsmanagementsysteem

Voor de Levenseindekliniek is het kwaliteitsmanagementsysteem van strategisch belang. Het systeem bewaakt, beheerst en verbetert de kwaliteit van zorg en de organisatie met als doel te voldoen aan de verwachtingen van de zorgvrager en die van de maatschappij. Dit vraagt om continue aandacht. De Levenseindekliniek ontwikkelt het kwaliteitsmanagementsysteem passend bij de omvang en levensfase van de organisatie. Door de groei van de Levenseindekliniek is het kwaliteitsmanagementsysteem van groter belang geworden.

Uitgangspunt bij het kwaliteitsmanagement systeem zijn de door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) opgestelde kwaliteitsnorm Zorginstellingen voor Kleine Instellingen en voor de Thuiszorg. Op grond van een zelfevaluatie wordt vastgesteld welke prioriteiten de Levenseindekliniek in 2015 dient te realiseren. Vervolgens wordt een plan van aanpak gemaakt dat beschrijft op welke wijze en in welke volgorde de vastgestelde prioriteiten gerealiseerd zullen worden.

Devies Levenseindekliniek

De Levenseindekliniek wil zorg van hoge kwaliteit leveren, en op een zorgvuldige manier onderzoeken of de hulpvragen voldoen aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria. Het is daarom vanzelfsprekend dat uitsluitend binnen de wettelijke mogelijkheden zorg verleend kan worden. Om goede zorg te leveren is het essentieel om een goede samenwerking met behandelaars aan te gaan. De Levenseindekliniek spant zich in om een werkrelatie met behandelaars op te bouwen.

De Levenseindekliniek wil open en toegankelijk zijn. Daartoe stellen wij ons transparant op terwijl tegelijkertijd de privacy van hulpvragers en medewerkers gehandhaafd wordt.

Op deze manier wil de Levenseindekliniek op een integere wijze een bijdrage leveren aan de levens-eindezorg van die mensen die kiezen voor een zelfgekozen levenseinde.

Wachtenden en wachttijd

Vanaf de start van de Levenseindekliniek is de vraag om hulp groter geweest dan de capaciteit om zorg te kunnen verlenen. In 2013 en 2014 heeft de Levenseindekliniek een grote inspanning gedaan om de vraag om hulp beter in balans te brengen met de beschikbare capaciteit voor zowel het bureauonderzoek als het onderzoek door ambulante teams.

De Levenseindekliniek definieert wachtenden als die groep hulpvragers die een volledige aanmelding ingediend heeft, en waarvan de hulpvraag nog niet door een (ambulant) team onderzocht wordt. Op 30 september 2014 bedroeg het aantal wachtenden 240.

Per 1 januari 2015 zal het aantal wachtenden vermeld worden exclusief die hulpvragers waarvan de aanmelding incompleet ontvangen is. Hierdoor ontstaat een nauwkeuriger beeld van het aantal wachtenden.

Als gevolg van de inspanning die in 2014 is gedaan is de Levenseindekliniek in staat geweest om de wachttijd voor hulpvragers met een somatische aandoening aanzienlijk terug te brengen. Deze bedraagt nu tussen de 10 en 60 dagen (kort als de patiënt terminaal is, langer als dat niet het geval is). Van het totaal aantal wachtenden valt 35 – 40% (sep-14) in deze categorie.

Voor hulpvragers met een psychiatrische aandoening ligt dit ingewikkelder. Er is enerzijds een grote behoefte aan hulp bij het inwilligen van een verzoek tot vrijwillige levensbeëindiging van psychiatrisch patiënten. Anderzijds is er een serieus tekort aan psychiaters om deze hulpvragen te onderzoeken en waar mogelijk het verzoek te honoreren. Hierdoor is het aantal wachtenden groot (150 hulpvragers) en de wachtduur belangrijk langer dan bij somatisch patiënten, namelijk vier – zes maanden.

Omdat de balans tussen de vraag om hulp enerzijds en de capaciteit om deze hulp te bieden anderzijds ontregeld is doet de Levenseindekliniek in 2015 een serieuze inspanning om het probleem van psychiatrisch patiënt met een doodswens onder de aandacht te brengen. Met twee doelen:

- Erkenning voor dit probleem binnen de beroepsgroep;
- Uitbreiding van de capaciteit voor het verlenen van zorg binnen de Levenseindekliniek.

Financiering

Het vermogen van Stichting Levenseindekliniek wordt gevormd door:

- Vergoedingen voor verrichtingen door zorgverzekeraars;
- Donaties van particulieren;
- (Al dan niet projectgebonden) Subsidies van vermogensfondsen;
- Schenkingen;
- Erfstellingen en legaten.

De Stichting Levenseindekliniek fungeert zelfstandig, en moet in eigen middelen voorzien. Doordat in 2014 met de zorgverzekeraars⁴ afspraken gemaakt werden is het gelukt om de primaire taak, het onderzoeken en honoreren van euthanasieverzoeken, voor het grootste deel uit de vergoedingen van de zorgverzekeraars te betalen. Een deel van de overhead en de volledige extra activiteiten (inclusief projecten) moeten gefinancierd worden uit donaties en subsidies.

Het werk van de Levenseindekliniek kan gesplitst worden in twee hoofdtaken:

- Het verlenen van euthanasie zorg;
- Het inzetten van expertise om de kennis over euthanasie in het algemeen, en over meer complexe euthanasie verzoeken in het bijzonder, binnen de (eerstelijns) gezondheidszorg te verbeteren.

De functie van expertisecentrum wordt in 2015 als project vormgegeven, en daarvoor wordt project-financiering gevonden.

Heroverweging positionering Levenseindekliniek (zorg en financiering)

In 2014 is een inspanning gedaan om de kostprijs van de primaire taak van de Levenseindekliniek inzichtelijk te maken. Hieruit is gebleken dat de tarieven die door de Levenseindekliniek van de zorgverzekeraars ontvangen worden niet kostendekkend zijn. Bij de onderhandelingen over de tarieven voor 2015 wordt hieraan aandacht geschonken en getracht een tariefaanpassing te realiseren die op zijn minst een deel van het tekort overbrugt. De Levenseindekliniek heeft de indruk dat het niet zal lukken om de verschillen te overbruggen en zal in 2015 een heroverweging maken qua positionering. De vraag moet beantwoord worden of de Levenseindekliniek zorg terecht als eerstelijns-/huisartsen zorg gezien wordt, of dat deze als specialistische en tweedelijns zorg gezien zou moeten worden. Wat de consequenties zijn van een inschrijving volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en het financieren van de Levenseindekliniek als tweedelijns zorg moet met een onderzoek inzichtelijk worden.

⁴ De Levenseindekliniek heeft overeenkomsten c.q. afspraken omtrent vergoeding van geleverde zorg met:

- Achmea (inclusief de merken Zilveren Kruis, OZF, Interpolis, FBTO, Avéro en AGIS);
- CZ (inclusief de merken Delta Loyd en OHRA);
- VGZ (Inclusief de merken Univé, IZA en IZZ);
- Menzis (Inclusief de merken AnderZorg en Azivo);
- ONVZ (Inclusief de merken PNOZorg en VVAA);
- Zorg en Zekerheid;
- ASR (Inclusief de merken De Amersfoortse, Ditzo en BeterDichtbij);
- ENO (inclusief de merken Salland verzekeringen, HollandZorg, Energiek en Salland ZorgDirect);
- DSW (Inclusief Stad Holland);
- De Friesland

Vrienden van de Levenseindekliniek

Vanaf 2013 is de Levenseindekliniek er in geslaagd om een netwerk van circa 12.000 Vrienden op te bouwen. De middelen die de Vrienden bij elkaar brengen zijn substantieel en het is de verwachting dat ook in 2015 een serieus fonds bij elkaar gebracht wordt.

Middelen bijeengebracht door de Vrienden van de Levenseindekliniek worden ingezet om tekorten aan te vullen, te voorzien in zorg van hulpvragers waarvan de verzekeraar de zorg niet vergoedt, en om het gedachtengoed verder te ontwikkelen en uit te dragen, bijvoorbeeld via de expertisecentrum functie.

De bijdragen van de Vrienden van de Levenseindekliniek worden ontvangen op een separate bankrekening. Aan deze bankrekening is een spaarrekening gekoppeld waar overtollig saldo bewaard wordt. Hoewel de middelen van de Vrienden van de Levenseindekliniek en de reguliere inkomsten dus onderscheiden worden in separate geldstromen, komen deze samen in één winst- en verliesrekening. Dit laatste leidt tot verwarring, en potentiële misverstanden over de functie en het doel van deze middelen. Dit is er de aanleiding voor dat de Levenseindekliniek in 2015 zal onderzoeken en tot besluitvorming zal komen of een afsplitsing van de Vrienden van de Levenseindekliniek in een separate Stichting Vrienden van de Levenseindekliniek, met een eigen winst- en verliesrekening, zinvol is. Naast onderzoek naar de kosten van een separate Vriendenstichting zal vooral de vraag beantwoord moeten worden of hierdoor een beter inzicht in de feitelijke kosten en vergoedingen van de primaire taak van de Levenseindekliniek verkregen wordt?

Geen winstoogmerk

De Stichting Levenseindekliniek heeft geen winstoogmerk, en is door de Belastingdienst erkend als ANBI (Algemeen Nut Beogende Instelling) per 2 november 2011⁵.

Fondsenwerving

De Stichting heeft een strategie voor fondsenwerving met het doel om aanvullende financiering via subsidies mogelijk te maken, relaties met vermogensfondsen op te bouwen, en een structuur voor particuliere schenkingen en donaties in te richten.

Beheer van middelen

De eigen middelen van de Stichting Levenseindekliniek worden door de Stichting zelf beheerd, waarbij grote voorzichtigheid wordt betracht. Door de Stichting Levenseindekliniek zijn bankrekeningen geopend bij de ING bank. In beginsel zullen de middelen alleen op rentedragende bankrekeningen dan wel deposito's worden ondergebracht.

Alle opbrengsten en kosten van Stichting Levenseindekliniek worden in beginsel verantwoord in de periode waarop zij betrekking hebben. Alle opbrengsten (schenkingen) worden als opbrengst verantwoord in het boekjaar waarin zij door de Stichting Levenseindekliniek worden ontvangen. De indirecte kosten zijn minimaal en hebben met name betrekking op uitgaven als bankadministratie- en overboekingskosten, inschrijving Kamer van Koophandel en overige onkostendeclaraties.

⁵ Brief Belastingdienst 24 juli 2012

Besteden van middelen

De komende jaren zal de Stichting Levenseindekliniek haar vermogen voornamelijk aanwenden voor het financieren van de eigen werkzaamheden. Jaarlijks bespreekt het bestuur van de Stichting Levenseindekliniek dit plan tenminste in één bestuursvergadering. Dan worden de actuele en toekomstige werkzaamheden van de stichting besproken. In deze vergadering wordt het beleidsplan herzien en opnieuw vastgesteld. Van alle bestuursvergaderingen worden notulen gemaakt. Voor zover de Stichting Levenseindekliniek haar vermogen niet direct aanwendt ter nastreving van haar doelstelling, zal zij dit vermogen beleggen in defensieve fondsen.

De bestuurders ontvangen geen vergoeding anders dan voor gemaakte onkosten.

Financiële planning

Jaarlijks stelt het bestuur van de Stichting een financieel plan op, met een budget voor het eerstvolgende jaar, ondergebracht in een P&C cyclus. De begroting voor 2015 is beschikbaar in een separaat document.

Accountantscontrole

De jaarrekening wordt gecontroleerd en goedgekeurd door een onafhankelijk accountant ⁶

Rechtsvorm, inschrijving

De Stichting Levenseindekliniek is een stichting en is ingeschreven in de Kamer van Koophandel te Amsterdam onder nummer 53895819, vestigingsadres Eisenhowerlaan 104, 2517 KL Den Haag.

Het bestuur bestaat uit vier bestuurders.

- Het voorzitterschap is in handen van de heer Jan (Mr. J.J.H.) Suyver [2011 – 2015];
- Penningmeester is de heer Ton (Drs. A.A.J.) Streppel [2013 – 2017];
- Mevrouw Adrienne (Drs. A.H.B.M.) van den Wildenberg [2011 – 2015] is secretaris, en
- Mevrouw Marijke (M.S.C.) Mous [2013 – 2017] is bestuurslid.

Tussen [haakjes] zijn vermeld het jaar van aantreden en einde van de huidige benoemingsperiode)

Directeur is de heer S. Pleiter.

⁶ CROP Registeraccountants

Adviesraad

Het bestuur van de Stichting Levensidekliniek krijgt gevraagd en ongevraagd advies van een Adviesraad die hiertoe tenminste tweemaal per jaar vergadert. De Adviesraad bestaat uit:

- Mevrouw Prof. Dr. C.W. Anbeek;
- Mevrouw Drs. A. Baars;
- De heer L. Bohlmeijer;
- De heer Prof. Dr. H.A. Bruining;
- De heer Prof. Dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman;
- De heer Dr. J.N. Schreuder;
- De heer Prof. Mr. F. van Wijmen.

Ontwikkeling expertisecentrum euthanasie

Op 1 januari 2015 heeft de Levenseindekliniek 34 maanden ervaring met het onderzoek naar en de honorering van euthanasieverzoeken die zich kenmerken als meer dan gemiddeld complex. Belangrijk kenmerk van de hulpvragen die zich bij de Levenseindekliniek aandienen is dat de hulpvragers meestal niet in een terminaal stadium verkeren. Het landelijke beeld geeft aan dat 75% van de euthanasiemeldingen mensen betreft met kanker die veelal in een terminaal stadium zijn. Bij de Levenseindekliniek melden zich vooral mensen (85%) die wel aan een ongeneeslijke ziekte lijden, maar daaraan op korte termijn nog niet zullen overlijden. Een deel van de hulpvragers zal überhaupt niet aan de aandoening overlijden (denk aan psychiatrisch patiënten).

Uit de aanmeldingen bij de Levenseindekliniek mag opgemaakt worden dat de gemiddelde (huis)arts dus moeite heeft met het type hulpvragen dat bij de Levenseindekliniek terecht komt. Voor een deel is de behandelaar best bereid om een euthanasieverzoek te onderzoeken en honoreren, maar heeft deze er moeite mee om in een specifieke situatie hierop in te gaan. De arts wil wel, maar durft niet, vanwege de complexiteit en zijn onervarenheid.

Omdat de Levenseindekliniek, net als bijvoorbeeld de KNMG, van mening is dat een euthanasieverzoek in principe thuis hoort in de relatie tussen patiënt en huisarts, wil de Levenseindekliniek een bijdrage leveren aan het verder ontwikkelen van kennis en ervaring op het gebied van meer complexe euthanasievragen.

Daarbij is de rol van de verpleegkundige cruciaal. De Levenseindekliniek werkt met teams van artsen en verpleegkundigen die op een gelijkwaardige manier hulpvragen onderzoeken. Het inzetten van teams (arts en verpleegkundige) is dermate succesvol dat deze als uitgangspunt gebruikt worden bij de invulling van de rol als expertisecentrum.

In 2015 vult de Levenseindekliniek dit concreet in door:

- Artsen de mogelijkheid te bieden om in een actueel euthanasieverzoek samen te werken met een ervaren en gekwalificeerd⁷ consulent euthanasie (verpleegkundige of arts). De consulent euthanasie zal de arts terzijde staan bij het onderzoek en meehelpen om tot een gedegen en weloverwogen besluit te komen. Desgewenst kan de consulent euthanasie ook bij de honorering van het verzoek aanwezig en behulpzaam zijn. De Levenseindekliniek plant een pilot om praktisch te ervaren op welke wijze deze functie vormgegeven moet worden per 1 januari 2015, gedurende negen maanden;
- Lesmateriaal aan (na)scholing (zowel artsen als verpleegkundigen) aan te bieden, over onderwerpen waarvan de Levenseindekliniek merkt dat deze als moeilijk gekwalificeerd kunnen worden, zoals bijvoorbeeld:
 - Dementie en euthanasie;
 - Psychiatrie en euthanasie;
 - De zogenaamde 'klaar met leven' of 'voltooid leven' problematiek;
 - Het vaststellen van de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden.
- Het verstrekken van telefonische informatie;
- Het blijven bieden van de mogelijkheid tot verwijzing naar de Levenseindekliniek.

⁷ De Levenseindekliniek leidt consulenten euthanasie op, en deze zijn allen ervaren met het type euthanasieverzoeken waarover hier gesproken wordt. Tevens hebben deze toegang tot het volledige Levenseindekliniek-netwerk van experts.

Psychiatrie patiënten

In 2014 heeft de Levenseindekliniek een ontwikkeling doorgemaakt qua inzicht in en kennis van euthanasievragen door psychiatrische patiënten. Gemiddeld één op iedere drie hulpvragen betreft een psychiatrische patiënt of heeft patiënt een belangrijke psychiatrische component. Zij vormen een grote groep en een hoog aandeel van alle hulpvragen.

Een psychiatrisch patiënt die vraagt om hulp bij zelfdoding, zo blijkt alleen al uit het aantal aanmeldingen, krijgt daarvoor in den lande weinig gehoor. Dat is een ernstige constatering, omdat het lijden bij deze patiënten groot is. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen een geuite doodswens gebaseerd op suïcidaliteit en een langdurige bestaande wens. Alleen de wens die langdurig bestaat, weloverwogen is en waar na serieuze behandeling van de psychiatrische problematiek geconcludeerd kan worden dat verdere behandeling geen belangrijke ommekeer teweeg zal brengen, komt in aanmerking volgens de WTI. De Levenseindekliniek concludeert dat net als een patiënt met kanker uitbehandeld kan zijn, dat ook voor een psychiatrische patiënt ooit op kan gaan. Dit standpunt wordt bepaald niet algemeen gedeeld. Daarmee staat de psychiatrische patiënt veelal alleen met zijn verzoek om hulp bij zelfdoding.

Een verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrisch patiënt is een ingewikkeld verzoek, vooral als er (nog) geen relatie bestaat tussen patiënt en de zorgverlener (namens de Levenseindekliniek). Het is daarmee arbeidsintensief en een onderzoek neemt maanden in beslag. Meestal vergt het psychiatrische expertise om deze verzoeken goed te kunnen onderzoeken en beoordelen.

Als er dus veel vragen zijn, en deze veel tijd vergen is er een grote capaciteit van psychiatrisch deskundigen nodig. Feit is dat op onze peildatum⁸ de Levenseindekliniek in haar netwerk beschikt over vier psychiaters (van de 38 artsen) + zeven psychiatrisch verpleegkundigen (van 21 verpleegkundigen). Er zijn met name veel te weinig gekwalificeerde artsen.

Voor 2015 stelt de Levenseindekliniek zich ten doel om deze problematiek aan te kaarten door:

- Op zoveel mogelijk fronten het probleem van de vraag om hulp bij zelfdoding van de psychiatrische patiënt op de kaart te zetten;
- Te streven naar zoveel mogelijk contactmomenten met zorgverleners in de psychiatrie om over de nood te vertellen;
- Werving van psychiatrisch geschoolde zorgverleners op te voeren;
- Aan deze problematiek ook tijdens een (Levenseindekliniek) congres aandacht schenkt.

⁸ 30 september 2014

Geplande activiteiten in 2015

Voor het jaar 2015 zijn de volgende activiteiten gepland in het kader van de verdere ontwikkeling van de Stichting Levenseindekliniek.

Het primaire proces, het verlenen van euthanasiezorg:

- Het verder terugdringen van de wachttijd voor hulpvragers;
- Het onderhouden, op peil houden en zo nodig verder uitbreiden van het Levenseindekliniek netwerken van artsen en verpleegkundigen die een functie in ambulante teams (kunnen) vervullen. Dit tot een afdoende niveau om aan de vraag te kunnen voldoen en om de wachtlijst weg te werken;
- Het verder bevorderen van de deskundigheid van medewerkers door:
 - Het organiseren van tenminste één geaccrediteerde nascholingsdag voor medewerkers van de Levenseindekliniek;
 - Het organiseren van vier intervisiebijeenkomsten per intervisie regio;
- Het verder bestendigen van de perceptie van de Levenseindekliniek als zorginstelling;
- Het completeren en beheren van het kwaliteitssysteem, waarmee ook de kwaliteit van processen geborgd wordt;
- Op zoveel mogelijk fronten het probleem van de vraag om hulp bij zelfdoding van de psychiatrische patiënt op de kaart te zetten;
- Werving van psychiatrisch geschoolde zorgverleners op te voeren;
- Te streven naar zoveel mogelijk contactmomenten met zorgverleners in de psychiatrie om over de nood te vertellen;

Het expertisecentrum euthanasie:

- Het continu ontwikkelen en delen van expertise, door onder andere:
 - Presentaties en gastlessen te geven over de werkwijze en casuïstiek van de Levenseindekliniek;
 - Het bieden van concrete ondersteuning aan behandelaars om hun kennis op het gebied van euthanasie te helpen ontwikkelen, bijvoorbeeld in de vorm een euthanasieconsulent;
 - Het geven of bijdragen aan (na) scholing van met name huisartsen (in opleiding), specialist ouderengeneeskunde (in opleiding) en verpleegkundigen;
 - Het bieden van de mogelijkheid tot verwijzen van patiënten, in het bijzonder als er sprake is van complexe problematiek;
 - Het organiseren van een symposium met als onderwerp: “Het verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrisch patiënt”.

Geplande activiteiten in 2015 - vervolg

Financiën en organisatie:

- Het onderhouden en zo mogelijk uitbreiden van het netwerk van Vrienden van de Levens-eindekliniek, die jaarlijks een donatie doen;
- Het verwerven van de gebudgetteerde subsidies van vermogensfondsen;
- Het onderhouden van periodieke contacten met vermogensfondsen en Vrienden van de Levens-eindekliniek, om hen te informeren over de voortgang van de Levens-eindekliniek en de onderlinge relatie verder te verstevigen;
- Het verwerven van voldoende financiële middelen om in 2015 de exploitatiekosten te dekken;
- Het continu monitoren van de exploitatie om inkomsten en uitgaven in balans te houden;
- Het uitbrengen van een Jaarverslag 2014, uiterlijk op 31 maart 2015;

Samenwerking:

- Het samenwerken met onderzoekers om kennis van de Levens-eindekliniek en over haar zorgverlening ter beschikking te stellen voor relevant (wetenschappelijk) onderzoek;
- Het onderhouden van overeenkomsten met zorgverzekeraars (koepels van zorgverzekeraars):
 - Achmea
 - Coöperatie VGZ
 - CZ
 - DSW
 - Menzis
 - Multizorg (inkooporganisatie voor ASR, ENO, ONVZ en Zorg & Zekerheid)
- Het verder bouwen en onderhouden van relaties en samenwerkingsverbanden met stakeholders (zoals bijvoorbeeld de Regionale Toetsingscommissies, VWS, KNMG, Verenso, V&VN en SCEN);

De hierboven genoemde activiteiten vormen het Activiteitenplan, waarvan de voortgang in iedere bestuursvergadering besproken wordt.

Levenseinde^{KLINIEK}

Stichting Levenseindekliniek

Eisenhowerlaan 104,
2517 KL Den Haag

Postbus 13480
2501 EL Den Haag

070 352 4141

www.levenseindekliniek.nl

