

België - Belgique
PB
ANTWERPEN X
8/1098

Afgiftekantoor: Antwerpen X

07

3

Driemaandelijks Tijdschrift
24° Jaargang - nr. 110
september - oktober - november 2007
1,25 euro

Internet: www.rws.be
E-mail: info@rws.be

Pluralistische Vereniging

Constitutiestraat 33 - 2060 Antwerpen - Tel: 03 272 51 63 - Fax: 03 235 26 73 - Bank: 320-0264170-12

“BESCHERMCOMITÉ”

RWS-BESCHERMCOMITÉ, meer dan 100 namen bieden morele steun:

01.09.07


Prof. Dr. ABICHT Ludo, docent filosofie HIVT/RUCA - Prof. Dr. AMY J-J, gynecologie, andrologie, obstetrie, AZ-VUB - Prof. Dr. ART Jan, historicus RUG - Prof. Dr. AVONTS Dirk, docent huisartsgeneeskunde U.A. - Mw. BAETE Marcella, auteur - Mw. BEER Regine, Auschwitz st. VI. + nat. conf. pol. gevangenen - Dr. med. BETERAMS Yves, licentiaat in de wijsbegeerte - Prof. Dr. BETZ Wim, huisartsopleiding VUB - Prof. Dr. BOONE Annie, fac. letteren en wijsbegeerte VUB - Dhr. BOUTMANS Eddy, ex-Staatssecretaris - Dhr. BRACKE Siegfried, VRT-journalist - Prof. Dr. BRAECKMAN Johan, ethicus UG - Dhr. BRYNS Maarten, filosoof - Mw. BYTTEBIER Adelheid, ex-Vlaams Minister - Mr. CALEWAERT Jan, advocaat - Mw. CHAFFART Erica, plastisch kunstenaar - Mw. CHAGOLL Lydia, auteur, cineaste - Dhr. CLAEYS Herman J., schrijver - Dhr. CLAUS Hugo, dichter, toneelroman- en scenarioschrijver - Prof. Dr. CLEMENT P.A.R., diensthoofd N.K.O. - AZ-VUB - Dr. COECKELBERGHS Marina, kinderarts Mortsel - Drs. COENEN E., ere-atheneumleraar - Prof. Dr. COLARDYN F., diensthoofd intensieve zorgen UZ-Gent - Prof. Dr. COMHAIRE F., inw. ziekten, endocrinologie UZ-Gent - Meester CONVENTS Ria, advocate - Dhr. COOREMAN Frederik, moreel consulent, Dendermonde - Dhr. COURTEAUX Willy, journalist - Prof. Dr. CREVITS Luc, kliniekhoofd neurologie UZ-Gent - Dhr. CUYVERS Jo, eresenator - Dhr. DE BATSELIER Norbert, ex-voorzitter Vlaams Parlement - Dhr. DEBOEURE Bruno, hoofdofficier, burg.ir. - Prof. Dr. DE BOEVER J., tand-, mond- en kaakziekten, UZ-Gent - Prof. Dr. DE DEYN Peter, hoofd neurologie Middelheim ziekenhuis, prof. U.A. - Dhr. DE DROOGH Luc, studiedienst van het H.V. - Prof. Dr. DEELSTRA Hendrik, hoogleraar UIA - Prof. Dr. DE GROOT Etienne, volksvertegenwoordiger - Mw. DEHEEGHER Y., ere-atheneumleraar - Mw. DE HERDT Irène, vrijz. moreel consulent, Antwerpen - Prof. Dr. DE LEY Herman, classicus, RUG - Dr. DE LOORE I., specialist-kinderziekten, Merksem - Mw. DE PAEPE Hilde, moreel consulent, Antwerpen - Dhr. DE POTTER Rudy, coördinator RUG - Prof. Dr. Em. DEPRAETERE Marcel, VUB - Prof. Dr. DE REUCK J., hoofd neurologie UZ-Gent - Mw. DE ROECK Jacinta, senator - Mw. DE SMET Chantal, diensthoofd cultuur Hogeschool Gent - Dhr. DE TEMMERMAN Wim, filosoof, RUG - Mw. DETIEGE Leona, ereburgemeester Antwerpen - Mw. DETIEGE Maya, volksvertegenwoordiger - Prof. Dr. ir. DE WILDE W. Patrick - Prof. Dr. DE WIT Ralph, fac. rechtsgeleerdheid VUB - DE WITTE RAVEN, vzw - Prof. Dr. DEWOLFS Roland, docent UIA - Prof. Dr. DOOM Rudy, pol. en soc. wetenschappen univ. Gent - Prof. Dr. EISENDRATH Henri B., decaan fac. wetenschappen VUB - Dhr. ERDMAN Fred, senator - FACULTEIT GENEESKUNDE & FARMACIE v/d VUB: **unaniem** - Dhr. FAES Francis, criminoloog - FONDS MARIA WULTEPUTTE, vzw - Dhr. FONTIER Jacques, kunstcriticus AICA - Dhr. GOOSSEN Pol, acteur - Mw. GOVAERTS Agnes, journaliste - Prof. Dr. GORLÉ Frits, fac. rechtsgeleerdheid VUB - Dhr. HANCKÉ Lode, erevolksvertegenwoordiger - Prof. Dr. HENS Luc, mens. eco., bond beter leefmilieu AZ-VUB - Dr. med. KEPPELS Carine, oncologie AZ-VUB - César De Paepe - Mw. KOMKOMMER Katja, plastisch kunstenaar - Dr. KRILION Walter, theoloog-psychotherapeut - Prof. Dr. KRUIHOF Jaap, filosoof - Dhr. LANCKROCK Rik, ere-directeur RVA, auteur - Dhr. LANOYE Tom, auteur - Mw. LEDUC Jeannine, senator - Dhr. LOS René, politiek secretaris Agalev-Antwerpen - Dr. MAK Ruud, arts, Gent - Dr. MAILLARD Edy, specialist-proctoloog, Antwerpen - Dhr. MALCORPS Johan, lid Vlaams Parlement - Mw. MARCHAND Marianne, voormalig voorzitter H.V. - Dr. MATHIJS R., em. medisch oncoloog A.Z. Middelheim, Antwerpen - Prof. Dr. MATTHYS Paul, hoogleraar fysica RUG - Prof. Dr. MEHEUS André, epidemiologie & soc. geneeskunde, UIA - Prof. Dr. MIELANTS Herman, reumatologie, UZ-Gent - Prof. Dr. MORTIER Freddy, ethicus RUG - Dhr. MOYAERT Pol, journalist - Dhr. NOTE Joris, schrijver - Prof. Dr. PAPOUSEK D.A., docent sociale antropologie VUB - Prof. Dr. Em. PATTYN Stefaan, UIA - Mw. PLASTRIA Eliane, docente - Dhr. RAES Godfried-Willem, directeur stichting 'Logos' - Dhr. RAES Hugo, romanschrijver - Mr. RASKIN E.J., rechter i.r., erevolksvertegenwoordiger, Eigenbilzen - Prof. Dr. SACRE R., kliniekhoofd oncologische heelkunde AZ-VUB - Dhr. SCHELFHOUT Jack, provincieraadslid, Antwerpen - Dhr. ir. SCHELLEKENS Gerard, voorzitter SVL - Dhr. SEEUWS Willy, eresenator - Dhr. SERRAES Guy, schepen v/d stad Gent - Prof. Dr. SOLY Hugo, hoofd docent geschiedenis VUB - Dhr. STANDAERT Louis, erevolksvertegenwoordiger - Prof. Dr. SUZANNE Charles, centrum bio-ethiek VUB - Dr. SWEETLOVE Patrick, huisarts, Antwerpen - Dhr. TURF Jef, journalist - UNIE VRIJZINNIGE VERENIGINGEN vzw - Prof. Dr. VAN BENDEGEM J.P., wijsbegeerte, moraalwetenschappen VUB - Prof. Dr. VAN CAMP B., eredeccaan fac. geneeskunde, rector VUB - Prof. Dr. VAN DAMME M., hoofd docent, VUB - Prof. Dr. VANDENABEELE Frieda, fac. letteren & wijsbegeerte, VUB - Prof. Dr. VAN den EECKHOUT Elfride, hoogleraar farmaceutische biotechnologie UG - Mw. VAN der GROEN Dora, docente, actrice - Dr. VAN de VELDE Bart, huisarts, Ledeborg - Dr. VAN DUPPEN Jan, huisarts en Vlaams volksvertegenwoordiger, Turnhout - Adv. VAN EECKHAUT P., voorzitter Provincieraad O.VI - Mw. VAN EECKHAUTE M.-J., ere-lerares - Dr. med. VANHOOREN Alain, uroloog, VUB-CTR - Prof. Dr. VANHOORNE M., maatschap. gezondheidskunde, UZ-Gent - Dhr. VAN LAEKEN, Frank, journalist - Prof. em. Dr. VAN LANDUYT Jef, voorzitter Koninklijke Vlaamse Academie - Prof. Dr. van LAREBEKE N., kerngeneeskunde, exp. canc., UZ-Gent - Dhr. VAN LEEMPUT Joseph, actief in diverse senioren organisaties - Mw. VANLERBERGHE Myriam, senator - Mw. VAN MAELE Chris, moreel consulente - Prof. Dr. VAN OOSTERWIJCK Gommaar, hoogleraar, VUB - Dhr. VAN PUYVELDE Leo, ereziekenhuisdirecteur - Prof. Dr. VAN SPAANDONCK Marcel, em. hoogleraar, RUG - Mw. VAN STRAELEN-VAN RINTEL G., ere-inspectrice NI. ond. Brussel - Prof. Dr. VANTHEMSCHE Guy, docent geschiedenis, VUB - Prof. Dr. VERHAAREN H., docent kindercardiologie UZ-Gent - Dr. VERHOFSTADT Koen, huisarts, Destelbergen - Prof. Dr. VERMEERSCH Etienne, em. hoogleraar wijsbegeerte RUG - Prof. Dr. VERMEERSCH Hubert, hoofd- en halschirurgie, UZ-Gent - Prof. Dr. em. VERZELE Maurits, eredienshoofd RUG - Mw. VOGELS Mieke, ex-Vlaams minister - Prof. Dr. em. VUYLSTEEK K., internist, RUG - Dhr. WILLOCKX Freddy, Burgemeester Sint-Niklaas, ZKVA (Zelfstandige Kinesitherapeuten Vereniging Antwerpen)

Raad van Bestuur 2007: stichter-voorzitter: Léon Favys

beheerders: Prof.dr. Wim Distelmans, Mw. Elka Joris, Mw. Jacqueline Simon, Mw. Liva Thuet, Dr. Marc Van Hoey.

Onafhankelijk commissaris voor de controle der rekeningen: Dhr. Chris Posson.

In dit nummer

- 
- 02** beschermcomité
- 03** inhoud
- 04** voorwoord
door Léon Favys & Jacqueline Herremans
- 06** Euthanasie vijf jaar uit ons strafrecht
door Jacqueline Herremans
- 09** Afscheid - Prof. Dr. Mark Vandeweghe
- 10** EXIT - A.D.M.D Zwitserland bestaat 25 jaar
- 13** De toepassing van ondersteunende zelfdoding in Zwitserland
door S. Burkhardt, J. Sobel & R. La Harpe
- 16** Levens einde en recht op zelfdoding, een internationale beweging.
door Elke M. Baezner-Sailer
- 19** In de marge: "Standpunt: Ethiek"
Yves Desmet in "De Morgen"
Uit de pers: "Aanklacht in Italiaanse euthanasiezaak vervalt"
in "De Morgen"
- 20** Uit de pers: "Euthanasie blijft nodig"
in "NRC-Handelsblad"
- 21** Uit de pers: "Euthanasie, stilaan aan actualisering toe?"
Patrik Vankrunkelsven in "De Morgen"
- 22** Uit de pers: "Euthanasie is een recht"
Dr. Peter Heintz in "NRC-Handelsblad"
- 24** Uit de pers: "Databank met beperkt nut"
Geert Verrijcken in "de Huisarts"
- 25** Verkrijgbaar
- 26** Nuttige adressen
- 27** Wereldfederatie

“Voorwoord”

In dit nummer hebben we het voornamelijk over het 25-jarig bestaan van EXIT-ADMD / Zwitserland. Verschillende bijdragen worden eraan gewijd. Ook onze Belgisch - Franstalige zustervereniging ADMD herdenkt haar 25-ste verjaardag. Wij komen erop terug in ons volgend kwartaalblad. In afwachting: enkele feiten en bedenkingen.

1. de historiek

13 juni 1981: ADMD wordt opgericht als feitelijke vereniging; voorzitter: Charles Minet

24 april 1982: ADMD wordt een vzw

1983: ontslag van Charles Minet, opgevolgd door Yvon Kenis tot 1997; sindsdien opgevolgd door Jacqueline Herremans, huidig voorzitter van de Wereldfederatie.

2. dankwoord

Mijn persoonlijke herinnering en waardering gaan tevens naar de ‘pioniers’ van het eerste uur, onbekend, overleden, nog steeds actief, of ... gewoon vergeten. De belangrijke, en bevriende politici, die de wet mogelijk maakten in 2002 stoelden op een brede maatschappelijke consensus, verworvend door de vele enthousiaste en onbezoldigde medewerkers waarvan hieronder de lijst, in chronologische volgorde:

John van Hoorn, Gaby Tart, Pierre Herman, Claude Petitjean, Gaby Culot, Yvan Lebrun, Monique Moreau, J. Opdebeeck, A.-M. Staelens, D. Razavi, A.-M. Frédéric, A. Delaby, Claire Dubois, G. Pulincx, A. Merchie, M. Moulin, R. Burniat, E. Klein, R. Vanden Bemden, H. Mabile, J. Wytsman, M. Englert, M.

Sosnowski, J. Bekaert, A. Couturier, M. Del Carril ... en zovele anderen, met excuus aan wie ik niet genoemd heb, wegens vergetelheid of onvoldoende historische achtergrond.

Buiten deze namen zijn we ook veel verschuldigd aan diverse politici die verschillende voorafgaande wetsvoorstellen indienden :

Roland Gillet (1984), Marijke Van Hemeldonck (1984 & 1991), Edgar D’Hose, Eduard Klein, R. Collignon, J.-J. Delhaye, O. Deleuze, L. Van Den Bossche (1984), Eduard Klein, Yvan Ylieff, L. Van Den Bossche, O. Deleuze (1986), Louis Standaert (1993), Jo Cuyvers (1994), Philippe Monfils (1995), Bacquelaine, (1996), Boutmans (1995), Lozie (1995), Moureaux (1995), Coveliers (1996), Lallemand (1996), Lallemand, Erdman c.s. (1999) ...

En, per slot, aan de senatoren Jacinta de Roeck, Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy, Philippe Mahoux en Jeannine Leduc die, samen, een wetsvoorstel indienden; alsook aan de 44 Senatoren en aan de 86 Volksvertegenwoordigers die de wet stemden en aldus een nieuw tijdperk hebben ingeluid.

3. nu ... en later

ADMD heeft dit ‘waardig’ herdacht in een volle “Théâtre de Poche”, met o.m. ontroerende teksten van Ramon Sampedro, gebracht door acteur Rossion. Een sprekerspanel, een artistieke tentoonstelling, een natje en een droogje beëindigden de samenkomst.

Jacqueline Herremans benadrukt dat dit een etappe is, zeker geen eindpunt. De taak van ADMD is verre van geëindigd. Sommige leden worden geconfronteerd met communicatieproblemen aangaande de kennis door de arts van de wet of van de praktische uitvoering ervan. Men moet ook niet denken dat dit een “verworven recht” is. Sommigen in onze samenleving weigeren aan anderen om te sterven zoals ze zelf willen, omwille van hun eigen, meestal godsdienstig, geïnspireerde moraal. Ze zijn bereid om een democratisch gestemde wet (al dan niet in het geniep) terug te schroeven. Men mag eindeloos herhalen dat niemand gedwongen wordt, dat ze het voor zichzelf mogen weigeren. Blijkbaar zijn ze gelast met een ‘zending’: verhinderen dat u, ik, wij zouden kunnen gebruik maken van deze ultieme vrijheid.

Op 10 juni stemden wij voor een nieuw Federaal Parlement. Welke houding zal de nieuwe meerderheid aannemen? De CDh van Joëlle Milquet is niet alleen tegen een uitbreiding van de wet, maar is zelfs tegen het principe van de in 2002 gestemde wet. Herman Van Rompuy (CD&V) stelt voor de klok terug te draaien en de ethische problemen opnieuw toe te vertrouwen aan de regering zèlf.

Alert blijven betreffende de toepassing van de wet, stand houden tegen al wie de verworvenheden wil terugschroeven, ijveren voor de rechten van minderjarigen en dementerenden (mèt een voorafgaande wilsbeschikking), zorgen voor een doorverwijsplicht ... zijn onze toekomstige doelstellingen.

Léon Favvyts / Jacqueline Herremans

De lay-out werd verzorgd door Sven Claessens & Kathy Laenen; de vertalingen door Peter Ryssack.

Waarvoor dank!

“EUTHANASIE VIJF JAAR UIT ONS STRAFRECHT”

Jacqueline Herremans,
Voorzitster
ADMD, in “La
Revue du CAL”,
nr.254,
juni 2007

Op 16 mei 2002 keurde de Kamer van Volksvertegenwoordigers de Euthanasiewet goed. De zachte dood verdween uit ons Strafrecht. De nieuwe wet zorgde niet eens voor een aardverschuiving : maatschappij en medische wereld leerden er beetje bij beetje mee omspringen. En vandaag is het onderwerp in alle sereniteit bespreekbaar, ook al weerklinken er nog links en rechts (!) tegenstanders zoals de bisschop van Namen, een zeldzame arts of de christen-democratische partij van Joëlle Milquet .

België : Een Staat van Uitzondering?

In onze buurlanden vordert het debat daarentegen maar schoorvoetend. In Europa zien we enkel Nederland – dat het voortouw nam – en Zwitserland (dat “hulp bij zelfdoding” toestaat) die hun inwoners dat kleine stukje vrijheid toemeten waardoor het mogelijk wordt uit een leven zonder subjectieve betekenis te stappen. En in Het-Land-van-Koning-Bush blijft de staat Oregon zich als enige hardnekkig weren voor het behoud van het recht op hulp bij zelfdoding, bij referendum verworven in 1997.

In de aanloop naar de Franse Presidentsverkiezingen kwam het thema nauwelijks aan bod. De publieke opinie was begaan met het proces van verpleegster Chantal Chanel en dokter Laurence Tramois die beiden voor Assisen moesten verschijnen in Périgueux voor de uitvoering van euthanasie op een kankerpatiënte in extreem fysiek lijden . Zowel Nicolas Sarkozy als Ségolène Royal waren uiterst behoedzaam in hun antwoorden. De vrouwelijke presidentskandidate : “Op

het vlak van eerbied voor het individu geloof ik dat we moeten handelen zoals in andere Europese landen : het debat op gang brengen en een wetgeving invoeren waardoor het mogelijk wordt het meest ondraaglijke lijden te verzachten” . Sarkozy leek een poortje open te laten door te stellen dat er grenzen zijn aan het menselijke lijden. Waarna hij onmiddellijk weer orde op zaken stelde : “Ik verdedig de eerbied voor het leven, in zover het lijden datzelfde leven niet onmogelijk maakt. Er zijn grenzen aan het menselijke lijden. Maar ik geloof niet dat deze materie door een wet geregeld kan worden. Hoe zou één tekst alle vormen van levenseinde kunnen omvatten?” .

Waarop steunt de terughoudendheid van de Franse politieke wereld om dit debat aan te gaan? Waarop steunt de ongelooflijke autoriteit van een Marie de Hennezel, de stuwende kracht achter het pervers uitspelen van de palliatieve zorgen als strijdwapen tégen euthanasie. In Frankrijk groeide deze dame uit tot dé autoriteit op dit vlak. Wat maakt al die “grote intellectuelen” plots monddood – Michel Onfray en André Comte-Sponville niet te na gesproken? Alex Kahn geeft openlijk toe dat hij zich fundamenteel verzet tegen wat hij zuiver beschouwt als hulp bij zelfdoding (volgens opvattingen die sterk gedetermineerd zijn door de christelijke ideologie), nl. een patiënt helpen te sterven zonder dat deze terminaal is. Volgens deze visie hebben een man die aan beide armen en benen verlamd is na een auto-ongeval of een vrouw met A.L.S. (amyotrofe lateraalsclerose) geen andere keuze dan hun leven tot de “natuurlijke” dood uit te zitten : zelfs indien dat leven in hun ogen volstrekt zinledig is

geworden. Of én indien zij er nog toe in staat zijn, voor een gewelddadige vorm van zelfdoding te kiezen : van het dak van hun flat springen of zich verdrinken in het kanaal.

Humanisering van het levens-einde : Een balans voor België

Maar we keren terug naar eigen land. Welke balans kunnen we opmaken na vijf jaar toepassing van de Wet in België?

Eerst enkele cijfers. De Evaluatie- en Controlecommissie onderzocht 1.600 aangiften sinds de wet in voege trad, nl. op 22 september 2002. Het aantal aangiften steeg geleidelijk : 8 per maand in 2002, 19 in 2003, 29 in 2004, 33 in 2005 en 36 in 2006.

Achter dit saaie cijfermateriaal schuilt enerzijds het verhaal van vrouwen en mannen met een ernstige en ongeneeslijke aandoening die van deze stervenshulp konden genieten en in alle waardigheid gespaard bleven van de lijdensweg van een langzame aftakeling waarvan zij zelf de zin niet meer zagen. En anderzijds zijn er de artsen die een dialoog met hun patiënt hebben aanvaard en die samen met de zieke zijn blijven stilstaan bij keuzes en beslissingen. Dokters die bereid waren tot deze ultieme daad van solidariteit en die – dankzij het wettelijke kader – onverdoken konden handelen, met doeltreffende middelen : zonder zich hoeven te verbergen of te moeten vrezen voor de meestal “anonieme” verklikking.

Het loont de moeite de brieven haan deze dokters te lezen : bij voorbeeld hoe ze voor het eerst in

hun loopbaan werden geconfronteerd met een euthanasievraag. Hoe ze de diepgang en intensiteit ontdekten van die momenten waarin een arts buiten de sfeer treedt van de zuiver technische medische handeling en in dialoog gaat over de zin van het leven. Hoe de arts omgaat met de emoties rond die laatste “dank u dokter” die zijn patiënt uitspreekt vóór zijn ultieme ingrijpen. Of ook nog de dankbrieven die de dokters ontvangen van de nabestaanden die de arts toevertrouwen hoe zij nu hun rouwproces ten volle hebben kunnen voorbereiden vóór het laatste afscheid.

Het loont de moeite de klok even terug te draaien en terug te denken aan de toestand vóór 2002. Terwijl in de Senaat een hevig debat woedt, worden twee dokters van het Luikse Citadelziekenhuis beschuldigd van doodslag. Eén van beiden verdwijnt zelfs vijf dagen voorwaardelijk in de cel. Allebei het slachtoffer van “anonieme” verklikking... Ze krijgen de steun van de familie van de patiënt : hun enige misdrijf was dat ze de laatste wens van hun patiënt hadden gerespecteerd. Na de stemming van de Wet op 28 mei 2002 genieten beiden de vrij spraak .

8juli 2002. Jean-Marie Lorand – die publiek getuigt van zijn vraag om waardig te sterven – geniet euthanasie. De arts die had aanvaard hem hierin te begeleiden, wist dat hij vervolging riskeerde. Om zo weinig mogelijk personen hierin mee te slepen, bleef de dokter alleen met Jean-Marie Lorand. Nadat Jean-Marie voorgoed de ogen had gesloten, trok de dokter de deur achter zich dicht. Hij stond er alleen voor, met duizend vragen die door zijn hoofd spookten : zou het gerecht hem vervolgen, zouden er tuchtsancties

Het loont de moeite de klok even terug te draaien en terug te denken aan de toestand vóór 2002.

Naar een euthanasievraag luisteren, vraagt meer dan louter technische competentie.

volgen? Natuurlijk was zijn optreden weloverwogen. Niettemin veranderde zijn toekomst in één groot vraagteken. Ook hij zou de vrijspraak genieten na de in voege treding van de wet.

En dan hebben we het niet eens over de “dodelijke cocktails” toegediend door verplegend personeel, soms na overleg met de patiënt en zijn familie: maar ook vaak zonder voorafgaand gesprek.

Eén ding staat vast : de wet heeft het mogelijk gemaakt het levenseinde te vermenselijken.

Wordt aan elke euthanasievraag voldaan?

Ongetwijfeld hebben sommige artsen het nog steeds moeilijk met een verzoek om euthanasie. En dat begrijpen we best. In het verleden was het niet aan de patiënt om medische beslissingen te nemen. Zelfs beslissingen aangaande de levensduur van de patiënt berustten volledig bij de arts. Vandaag kan de patiënt wel degelijk zo’n verzoek formuleren, en hij hoeft niet eens vrede te nemen met een ontwijkend antwoord.

Het is niet omdat de patiënt om euthanasie vraagt, dat zijn wens automatisch wordt vervuld. Het is de plicht van de dokter de patiënt te informeren over alle therapeutische en palliatieve mogelijkheden. Er worden meerdere gesprekken gevoerd, o.m. om uit te sluiten dat het verzoek niet vrijwillig zou zijn maar beïnvloed door de familie of enig ander extern motief. De dokter zal ook eerst de pijn bij de patiënt bestrijden zodat ook dat lijden de patiënt niet zou verblinden. De

zieke wordt tevens gezien door een tweede arts met wellicht een andere kijk op de toestand: die dokter heeft wellicht nieuwe ideeën waaraan de behandelende arts noch de patiënt hadden gedacht.

Wordt aan het eind van de hele procedure toch besloten tot euthanasie, dan moet de arts zich er nog van vergewissen dat hij zo vakkundig mogelijk handelt opdat zijn patiënt sereen, snel en zonder pijn zou overlijden. En de gepaste dodelijke medicatie zit zeker niet standaard in het koffertje van de huisarts...

Naar een euthanasievraag luisteren, vraagt meer dan louter technische competentie : de dokter moet over veel luisterbereidheid beschikken en goed kunnen communiceren. Ook dat zijn geen verplichte vakken aan de faculteit Geneeskunde.

De wet voorziet een gewetensclausule: niemand kan tegen zijn wil gedwongen worden om deel te nemen aan een euthanasieprocedure. Tegenover deze gewetensvrijheid staat de verplichting voor elke dokter om de patiënt een duidelijk antwoord te verschaffen. En hem toe te laten een andere arts naar keuze te raadplegen... Deze mogelijkheid moet tijdig worden geboden, en niet op het moment dat de toestand zo is verergerd dat de zieke de kracht niet meer heeft om zijn beslissing hard te maken. We weten dat sommige dokters in Brussel hun patiënt met zijn euthanasievraag doodleuk doorverwijzen naar bij voorbeeld het Jules Bordetinstituut (zeg maar, eender welk openbaar ziekenhuis: het Brusselse Irisnet, waar Bordet deel van uitmaakt, telt vijf openbare ziekenhuizen – nvdv). Of hoe lastige

patiënten met een kluitje...

En wat brengt ons de dag van morgen...

De wet bezorgde België een bewegingsvrijheid die vele landen ons benijden. Zoals alle mensenwerk is ook de euthanasiewet voor verbetering vatbaar. Zogaatze uit van de autonomie van het handelingsbekwame individu, waardoor minderjarigen in de kou blijven staan. Het toepassingsgebied van de voorafgaande wilsverklaring blijft beperkt tot situaties van onomkeerbaar bewustzijnsverlies. Het is vandaag al even moeilijk een bevredigend antwoord te formuleren t.a.v. Alzheimerpatiënten: ze hebben de gegronde vrees op een dag – aan de andere kant van de spiegel – te ontwaken als een ander mens of juist, een plant. Luidt het antwoord dat ze zich moeten haasten en om euthanasie vragen, zolang ze nog over heldere momenten beschikken? De vraag formuleren illustreert op zich al het dilemma.

Inmiddels mogen we niet uit het loog verliezen, dat op het vlak van netelige ethische kwesties niets voor eeuwig is verworven. Onder het voorwendsel de uitbreiding van de huidige wet te verwerpen, formuleert bijvoorbeeld de CDh in twaalf punten zijn fundamentele verwerping van de integrale euthanasiewet als dusdanig. De Franstalige christen-democraten zouden liefst van al de klok acht jaar terugdraaien, tot vóór de parlementaire debatten en de stemming van de wet. We moeten dus constant op onze hoede blijven. De wet van 28 mei 2002 betekent een immense sprong voorwaarts. Niettemin moeten we op

onze hoede blijven en deze belangrijke nieuwe vrijheid koesteren als een zeldzaam goed.

(Vertaling: Peter Ryssack)

Alzheimerpatiënten: ze hebben de gegronde vrees op een dag – aan de andere kant van de spiegel – te ontwaken als een ander mens of juist, een plant.



Afscheid

Prof. Dr. Mark Vandeweghe, Endocrinoloog Universiteit Gent, lid van ons Beschermtcomité, geboren 15.03.1939 - overleden 08.07.2007.

Mark heeft vele mensen oprecht liefgehad. Hij heeft er veel voor teruggekregen. Heel duidelijk heeft hij gekozen voor een open dialoog en een soms wat exuberant Bourgondisch leven. Zijn veelzijdigheid als empathisch arts, gewaardeerd lesgever en wetenschapper, zijn talent als meer dan doorsnee begaafd muzikant, zijn menselijke betrokkenheid en steeds grote luisterbereidheid, zijn buitengewoon sociaal engagement maken van hem een bijzondere persoonlijkheid, die door zijn geliefden en vrienden erg gemist zal worden.

“EXIT A.D.M.D.”

Een verzoek tot zelfverlossing krijgt een positief antwoord van onze vereniging indien de aanvrager aan vijf criteria voldoet.

Een Zwitsers model van volwassen
Een transparante hulp bij zelfdoding

EXIT A.D.M.D.¹ bestaat vijftientig jaar en ging in die tijdsspanne in op het nadrukkelijk en herhaald verzoek van haar leden die om bijstand bij zelfdoding vroegen. Een kwarteeuw ervaring mondde uit op een strikte praktische omkadering:

- Eenduidige criteria en evaluatie van de vraag;
- Kwalitatieve begeleiding;
- Transparantie (o.m. dankzij universitair onderzoek);
- ...en last but not least: het menselijke contact bij deze ultieme keuze.

Deze bijdrage geeft een beeld van de belangrijkste elementen van de dagelijkse praktijk van het Zwitserse EXIT: een werkbaar model dat op punt stond nog vóór de stemming van de “criteria van hoogdringendheid aangaande de bijstand bij zelfdoding” in oktober 2006 door het Nationaal Ethisch Comité voor mensgeneeskunde.²

Duidelijke criteria, evaluatie van de vraag en een transparante procedure

Dokter Sobel, de voorzitter van EXIT, verduidelijkt hoe omzichtig waarmee een aanvraag wordt benaderd:

Een verzoek tot zelfverlossing krijgt een positief antwoord van onze vereniging indien de aanvrager aan de volgende vijf criteria voldoet:

- helderheid van geest
- ernstig en herhaald verzoek

- ongeneeslijk ziek
- ondraaglijk lichamelijk of psychisch lijden
- terminale diagnose of ingrijpende invaliditeit (cf. zelfredzaamheid)

Als invaliderende criteria weehouden we de blijvende onmogelijkheid zonder hulp van derden een aantal dagelijkse handelingen te verrichten zoals:

- zich kleden en ontkleden
- rechtstaan, gaan zitten of gaan liggen
- eten
- zich wassen
- naar het toilet gaan
- zich verplaatsen
- doofheid én blindheid, of doofheid gepaard met extreme slechthoortheid

De evaluatieprocedure laat ons toe de aanvraag beter in te schatten. Een lid dat onze hulp inroept, moet ons een kopie bezorgen van zijn medisch dossier. De huisarts mag dat niet weigeren. Hij bezorgt ons eveneens een handgeschreven brief waarin hij duidelijk om hulp bij zelfdoding vraagt. Indien hij niet (meer) zelfstandig kan schrijven, dan dient de vraag bevestigd met een notariële akte voor twee getuigen.

Na ontvangst van deze documenten, brengt een begeleider van onze vereniging de aanvrager een bezoek: de toestand en de vraag van de patiënt worden samen besproken in het bijzijn van zijn naasten. Wij stellen dan een bezinningstermijn voor die zal voorafgaan aan de datum van de zelfdoding.

Zo heeft de zieke de mogelijkheid praktische zaken af te handelen, afscheid te nemen van familie en vrienden en vooral: om tot op het

laatste moment de beslissing te herroepen indien hij dat wenst.

Onze begeleiders handelen uit empathie en zijn allen vrijwilligers. Op de afgesproken dag van de zelfdoding brengt de begeleider de drinkbare dodelijke oplossing naar de zieke die de dosis zélf moet opdrukken. Zo stelt de patiënt zelf de handeling die hem van het leven bevrijdt.

In dit emotioneel geladen moment dient onze aanwezigheid de naaste verwanten tot steun. Na de vaststelling van het overlijden verwittigen wij de gerechtelijke overheid die twee officieren van politie en een wetsdokter doet afstappen. Hun onderzoek geeft de rechter duidelijkheid over de aanleiding en de omstandigheden van de zelfdoding.

Begeleiding vergt kwaliteit

Marianne Tendon, begeleidster bij EXIT, spreekt over haar werk met in het achterhoofd de woorden van Seneca : “Denk (...) altijd aan de dood zodat je hem nooit hoeft te vrezen”³.

In de ontstaansjaren van de vereniging verstuurde EXIT op verzoek aan de leden een “Handleiding bij zelfverlossing”⁴. Daarin stonden adviezen, waarschuwingen en informatie die de lezer toelieten – thuis – een punt achter zijn leven te zetten. De brochure beschreef de modus operandus en vermeldde de meest geschikte producten.

Deze gids werd in 1997 geactualiseerd, ondermeer m.b.t. de medicatie. Die is enkel verkrijgbaar op voorschrift. En zo’n ingrijpende handeling stelt men beter niet in

eenzame afzondering. Daarom stelde de vereniging haar leden steeds voor beroep te doen op een arts die zelf EXIT-lid is, of een arts die bereid is leden van de vereniging te ontmoeten. (Cf. LEIF-artsen in België – nvdr)

Systematisering van de begeleiding

De eerste begeleidingen door vrijwilligers gingen van start in de jaren '90. Geleidelijk werden documenten op punt gesteld die borg stonden voor de kwaliteit en de transparantie van de begeleiding. Voor Franstalig Zwitserland stelde EXIT A.D.M.D. Suisse Romande een protocol (of “omstandig verslag”) samen om de verschillende stappen en de precieze omstandigheden van elke zelfverlossing te acteren.

Het protocol dat werd opgesteld en uitgegeven in 2000 staat borg voor de gegrondheid van de vraag om bijstand bij zelfdoding én voor de gevolgde procedure. Na afloop van iedere hulp bij zelfdoding overhandigt de begeleider het document aan de gerechtelijke politie.

EXIT Deutsche Schweiz doet openlijk aan begeleiding sinds 1984.

EXIT A.D.M.D. richt tevens ontmoetings- en vormingsmomenten in voor de begeleiders. Vandaag beschikken we – naast de aangesloten artsen – over een twintigtal (Franstalige) begeleiders. In 1998 waren er slechts twee vrijwillige begeleiders. Door onze groei vermindert het aantal tussenkomsten per vrijwilliger en kunnen we ons ook makkelijker herbronnen wanneer de

In dit emotioneel geladen moment dient onze aanwezigheid de naaste verwanten tot steun.

nood zich laat voelen.

Wie is een goed begeleider?

Volgens mij komt het vooral aan op *kunnen luisteren*. Onze activiteit als begeleider is geen medische of technische handeling noch een politieke daad. De essentie is *dat we erbij zijn*. Het is belangrijk dat we op de vragen van de persoon-in-nood kunnen antwoorden en dat we aan de verwachtingen kunnen voldoen. Niets meer en niets minder. Een goede relatie groeit uit dialoog. En die relatie is primordiaal, want samen met de betrokkene en zijn verwanten stappen we een heel bijzonder moment tegemoet.

Zo begrijpt u beter dat elke begeleider een eigen aanvoelen heeft en elke zelfverlossing begeleidt vanuit zijn eigen kwaliteiten en levenservaring.

Rustoorden en verzorgings- tehuizen: een geval apart

In de rustoorden en verzorgings-
tehuizen voor bejaarden of mindervaliden hadden onze tussentijdse aanvankelijk vaak veel voeten in de aarde. Zowel op het vlak van voorbereiding als van tijdsinvestering. Tussen de dag van de aanvraag door de patiënt en de dag van de zelfdoding moesten we vaak heel wat weerstand overwinnen van directies en verzorgend personeel. Dankzij de duidelijke informatie die EXIT verschaft, krijgt de vereniging vandaag toegang tot het merendeel (Zwitserse – nvdr) RVT's. In dit verband is het belangrijk te vermelden dat de instelling vaak de enige en laatste “woonst” is van de verzoeker : die heeft

bijgevolg het privé recht op vrijheid van keuze m.b.t. zijn levenseinde.

Aanwezigheid van naasten

Idealiter verkiest de aanvrager om thuis te kunnen overlijden. Hij of zij draagt haar lievelingskleden (comfort of elegantie). Vooral vrouwen hechten hieraan belang! De naasten zijn in de nabijheid: sommigen zijn het wellicht inhoudelijk niet eens met de keuze voor zelfdoding, maar ze eerbiedigen de keuzevrijheid van hun verwante. Door hun aanwezigheid betonen de naasten hun genegenheid voor de persoon en hun respect voor diens keuze : zonder een oordeel uit te spreken noch de persoon – onder druk – tot andere inzichten proberen te brengen.

De mensen die een beroep doen op EXIT maken zich heel vaak zorgen om die verwanten (bijvoorbeeld : hoe zullen ze de zelfverlossing ervaren, enz.). De begeleider bezorgt de zieke en door pijn uitgeputte persoon daarom een tekst om makkelijker te kunnen antwoorden op de vragen van de verwanten. Als geheugensteuntje.

Wetenschappelijk bestudeerd

EXIT A.D.M.D. streeft totale transparantie van haar optreden na. Het is een stevig wapen tegen de aantijgingen van kwaadwillige tegenstanders. En wat voor ons nog veel belangrijker is : het toont het publiek de realiteit van de uitvoering (praxis) van de bijstand bij zelfdoding en bevordert zo de maatschappelijke erkenning van het bestaan van de vereniging. Daarom stelden we onze dossiers ter beschikking van twee onderzoekers, nl. S. Burkhardt en R. La Harpe. Ze publiceerden de resultaten

De naasten zijn in de nabijheid: sommigen zijn het wellicht inhoudelijk niet eens met de keuze voor zelfdoding, maar ze eerbiedigen de keuzevrijheid van hun verwante.

“De toepassing van ondersteunde zelfdoding in Franstalig Zwitserland”

van hun studie bij het Universitair Instituut voor Wetsgeneeskunde (Universiteit van Genève). Hierna volgt een korte samenvatting.

De toepassing van ondersteunde zelfdoding in Franstalig Zwitserland

S. BURKHARDT, J. SOBEL, R. LA HARPE⁵

Inleiding

Hulp bij zelfdoding is brandend actueel : artsen, juristen, ethici en openbare opinie stoppen hun mening niet onder banken of stoelen. Een beperkt aantal landen, waaronder België, Nederland en de Amerikaanse staat Oregon, staan deze laatste hulp toe.

Ook de Zwitserse overheid stemt toe in hulp bij zelfdoding, en dit in tegenstelling tot actieve euthanasie die het Zwitserse Strafwetboek⁶ als misdrijf beschouwt.

In Franstalig Zwitserland verleent de stichting EXIT-ADMD – opgericht in 1982 – dit soort bijstand onder zeer strikte voorwaarden aan zieken die een einde willen stellen aan hun leven. De vereniging telt vandaag meer dan 13.500 leden. Duitstalig Zwitserland telt vier dergelijke verenigingen, waaronder DIGNITAS (in 1998 opgericht door een jurist) en EXIT Deutsche Schweiz.

Middelen en methode

Onze studie steunt op het totaal aantal hulpvragen waaraan EXIT Suisse romande tussen 1 januari 2001 en 31 december 2005 tegemoet kwam

– in totaal tweehonderd dossiers over vijf jaar.

Dit representatieve dossierbestand maakt het mogelijk de praktijk in Franstalig Zwitserland exact in te schatten : EXIT-ADMD is er immers de enige vereniging die dit type van hulp verleent.

Resultaten en bespreking

Beslissingen die betrekking hebben op het levenseinde of op de begeleiding ervan, verschillen van land tot land, omwille van culturele en religieuze verschillen maar tevens vanwege de uiteenlopende wettelijke bepalingen.

Rechtsreeks actieve euthanasie is strafbaar in Zwitserland, zelfs indien ze ingaat op het expliciet verzoek van de patiënt. Onrechtsreeks actieve euthanasie en passieve euthanasie daarentegen bestraft de wetgever niet.

Voor hulpverlening bij zelfdoding – zonder egoïstisch motief – voorziet de wet in Zwitserland evenmin strafrechterlijke vervolging⁷.

Omwille van deze permissieve wetgeving wordt de dagelijkse praktijk voornamelijk gestuurd vanuit medisch-ethische beschouwingen zoals die van de Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).

Om beroep te kunnen doen op hulp van EXIT moet de zieke aan vijf criteria voldoen (zie hoger).

De medische gegevens bekomt men van de huisarts – indien die zijn medewerking wil verlenen

Voor hulpverlening bij zelfdoding – zonder egoïstisch motief – voorziet de wet in Zwitserland evenmin strafrechterlijke vervolging.

In het algemeen valt ons een groeiende bewust-wording én een evolutie in het denken op.

– of op basis van ziekenhuisverslagen (medisch beeldmateriaal, rapportage van heelkundige ingrepen, ...). Het desgevallend overlijden is geen natuurlijke dood. Bijgevolg stappen een wetsdokter en een officier van Politie ter plaatse af om het stoffelijk overschot en het dossier van de patiënt te onderzoeken.

We bestudeerden alle dossiers van patiënten die door EXIT-ADMD werden geholpen bij hun wens tot levensbeëindiging, meer bepaald in de Franstalige kantons tussen 1 januari 2001 en 31 december 2005.

- De evolutie in de tijd toont een vrijwel constante toename van het aantal gevallen; ongeveer 2,5 keer meer cases in 2005 dan in 2001.
- De kantons met de hoogste frequentie (voor Franstalig Zwitserland) zijn die van Vaud en van Genève.
- Op het tijdstip van overlijden zijn de meeste patiënten ouder dan zeventig.
- De dominante pathologie blijkt kanker (47,5%) te zijn, gevolgd door functionele aandoeningen (24,5%) met o.m. multiplesclerose (MS) (11 gevallen), amyotrofe lateraalsclerose (ALS) (6 gevallen) en de ziekte van Parkinson (13 gevallen). Hart- en vaatziekten en invaliderende gewrichtssziekten zijn minder frequent.

In 10,5% van de gevallen gaat het niet om één dodelijke en ongeneeslijke ziekte maar om een complexe terminale pathologie, bij hoogbejaarde patiënten die worden getroffen door een graad van invaliditeit (verplaatsingsmoeilijkheden en moeite om dagelijkse handelingen te verrichten) die een subjectief verlies van waardigheid kan meebrengen.

De hulp wordt meestal verleent bij de patiënt thuis (82,5%) maar een aantal rustoorden en ziekenhuizen laten de uitvoering toe binnen de instelling. In het kanton Vaud opende het Hôpital Cantonal (CHUV) recent – en onder bepaalde voorwaarden – de deuren voor hulp bij zelfdoding.

De meeste patiënten worden op het moment van het overlijden omringd door hun naasten (partner, kinderen of nauwe vrienden).

Eigen aan de situatie in Zwitserland is dat de begeleider geen arts hoeft te zijn. Het Zwitserse Strafwetboek (CPS) dateert immers van 1942, en het artikel 115 was bedoeld voor personen die anderen hielpen bij hun zelfmoord omwille van erezaken of ongelukkige liefdes... en geheel niet als medisch concept zoals in de hedendaagse toepassing ervan. Het medisch voorschrift voor de dodelijke substantie moet vanzelfsprekend van de hand van een arts zijn. We konden vaststellen dat in de meeste gevallen (68,5%) de begeleider inderdaad geen arts was.

Het product dat de artsen en andere begeleiders van EXIT Suisse romande aanwenden is Natrium pentotal (Pentobarbital sodique in Zwitserland – nvdr) Het waarborgt een zachte dood. De inname wordt vooraf gegaan door de inname van een middel tegen misselijkheid en braken (anti-vomitum) en soms gekoppeld aan de absorptie van alcohol (waarvan bekend is dat het de opname van het actieve bestanddeel door ons spijsverteringsstelsel versnelt). De bewusteloosheid treedt snel op (na minder dan tien minuten in 96% van de gevallen) en dat geldt ook voor de

dood (minder dan 30 minuten in 79% van de gevallen).

Besluit

De jongste jaren groeit het aantal gevallen van bijstand bij zelfdoding in Franstalig Zwitserland voortdurend. Deze constante groei weerspiegelt een zorgvraag, voornamelijk bij bejaarden, voor wie de aangeboden alternatieven (bij voorbeeld palliatieve zorgen) niet volstaan of niet aan hun verwachtingen beantwoorden.

In het algemeen valt onse groeiende bewustwording én een evolutie in het denken op, meer bepaald binnen de medische wereld (artsenkorps) : luisterbereidheid t.a.v. de patiënt en het respect voor diens keuzes nemen toe. Toch moeten we er bewust van blijven dat het item bijstand bij zelfdoding bij sommigen heel gevoelig kan liggen (omwille van persoonlijke ervaringen, overtuiging, geloof).

Het aanvoelen is nog delicates in rust- en verzorgingstehuizen waar de cliënt lange tijd verblijft. Daar groeit een bevoorrechte band met het medisch personeel maar niettemin blijft dit type hulpvraag er bestaan.

Dit vraagt om reflectie.

(Vertaling: Peter Ryssack)



Voetnoten:

¹ “EXIT – Association pour le droit de mourir dans la dignité”, onze zustervereniging voor Franstalig Zwitserland. “EXIT Deutsche Schweiz” doet sinds 1984 eveneens openlijk aan hulp bij zelfdoding.

² C.N.E. – N.E.K., Zwitserland.

³ SENECA, Epistula XXX, Boek 4, Brief 30, § 4.30.18 : Tu tamen mortem ut nunquam timeas semper cogita.

⁴ Guide d'autodélivrance

⁵ La pratique du suicide assisté en Suisse romande (Institut de Médecine Légale, Université de Genève)

⁶ Code Pénal Suisse, Art. 114

⁷ C.P.S., Art 115

“Levens einde en recht op zelfbeschikking”

Elke M.
Baezner-Sailer

EXIT Suisse
romande
Voorzitster Right
to Die Societies
Europe
[Europese
Federatie van
Verenigingen
voor het Recht op
Waardig Sterven]

Een internationale beweging

Wereldwijd hebben meer dan vierhonderdduizend mensen (waarvan ongeveer driehonderdduizend Europeanen) zich de jongste dertig jaar samen ingezet voor het recht op zelfbeschikking. Inzake levensbeëindiging gaat het met zoveel woorden om het Recht op Waardig Sterven. Wat ligt ten grondslag aan dit engagement? Wat mogen mensen verwachten wanneer ze zich aansluiten bij een vereniging die deel uitmaakt van de Right to Die Societies Europe of de RtDS World?

Een maatschappelijk probleem

Zonder in details te treden, kunnen we niet om een aantal vaststellingen heen : het zijn vnl. de inwoners van de rijke, sterk geïndustrialiseerde landen met een kwalitatief goed uitgebouwde medische infrastructuur, een dicht netwerk van artsenpraktijken met overvloedige beschikbaarheid van behandelingsmogelijkheden en medicatie die opkomen voor het recht om zelf te mogen beschikken over hun levens einde. Neen : niet de jonge staten of de Derde Wereldlanden waar de levensverwachting vaak beneden de vijftig of zelfs veertig jaar ligt. Het kan evenmin toeval zijn dat precies diezelfde rijke landen het hoogst scoren m.b.t. zelfdoding bij jongeren. Het is dan ook duidelijk dat er een malaise heerst in de zgn. welvaartsstaten van het Noordelijk halfrond, en meer bepaald in het Westen ervan.

Zwitserland is zo een typisch voorbeeld. Een snelle bevolkingstoename gepaard aan de vergrijzing van de bevolking. En wie

vergrijzing zegt, zegt stijgend aantal ouderdomsziekten die om lange, specifieke en dus dure behandeling vragen. Onze woonvormen en onze familiale structuren zijn niet langer aangepast aan het samenleven van twee, laat staan drie generaties onder één dak. De vraag naar homes, serviceflats en RVT's (nvdv : homes médico-sociaux, HMS) stijgt : en dit ondanks het optrekken met tien jaar van de minimale opnameleeftijd tijdens de jongste decennia. Tegelijk evolueerden ook de vereisten voor leefruimte en beschikbare omkadering per cliënt. Wat was de respons van de Zwitserse politici? Aanzienlijke besnoeiingen in de pensioenfinanciering, in de terugbetaling van de basismedicatie, in de kostenvoorgekwalificeerd personeel in àlle structuren die betrekking hebben op het ouder worden. Zonder schaamrood schreeuwt men het van de daken : onze oudjes worden duur, té duur! Ze zijn eenvoudigweg niet langer nuttig als toekomstige kiezers.

Al ruim vijftientig jaar matigen onze politici zich het recht toe – in Europa en daarbuiten – wetten uit te vaardigen die aan de diepe wensen en noden van de bevolking grandioos voorbijgaan. Zij blinken uit in sublieme arrogantie door de resultaten negeren van ondubbelzinnig onderzoek en wetten te dicteren vanuit de veilige luxe van hun kantoor i.p.v. een open debat aan te gaan met de betrokken burgers. Vanuit het standpunt van de bejaarden wordt dit bitter gevoeld alsof er geen plaats, geld noch beschikbare tijd meer voor hen is in deze samenleving die hoog oploopt met de jongeren, de schoonheid van het perfecte lichaam, de actieven, de productieven...in een maatschappij die haar “humaniteit” hoog in het vaandel draagt, maar zich

tegelijk niet meer solidair voelt met de generatie die aan de basis ligt van onze huidige welvaart. Welvaart die we nu net te danken hebben aan het hard labeur van - precies! - onze oudjes ...

Verenigingen zoals EXIT (Zwitserland) zijn slechts de tastbare uitdrukking van een diep geworteld onbehagen. Zulke vzw's afwijzen, verketteren en hun activiteiten verbieden – activiteiten waarin steeds meer mensen een soort verzekering op een zachte dood zien, wat nog steeds de voorkeur verdient op een kunstmatig overleven in een artificiële omgeving – is nièt het gepaste antwoord.

Menselijke waardigheid en recht op zelfbeschikking

We leven vandaag in multiculturele lekenstaten die ons volstrekt vrij laten in de inrichting van ons leven conform onze overtuigingen en we zijn eigen baas over alle opties van ons actieve leven : uitgezonderd één. Die last mile, het laatste stukje levenspad en de vrije keuze en het recht op zelfbeschikking m.b.t. de manier waarop we willen sterven.

Zelfbeschikking is het recht van elke mens om zijn leven op autonome wijze te leven, mits hij daarbij nauwlettend de grenzen van de eigen vrijheid naleeft (en die grenzen worden ons gedichteerd door ieders aansprakelijkheid voor zijn daden en hun gevolgen voor en weerslag op de anderen). Er bestaat geen vrijheid zonder zin voor verantwoordelijkheid. Het recht op zelfbeschikking maakt integraal deel uit van de menselijke waardigheid. Het recht om over het eigen leven te beschikken, en bijgevolg

ook over het einde ervan, maakt integraal deel uit van die waardigheid. Zowel de hulp bij zelfdoding als de hulp om te sterven zonder nodeloos lijden betekenen dat men die waardigheid eerbiedigt.

Heeft de mens het recht over het eigen leven te beschikken? Die vraag heeft de grootste filosofen (van Plato, Aristoteles en Seneca over Augustinus, Thomas van Aquino, David Hume en Immanuel Kant), kerkleiders, juristen en politici bezig gehouden zonder ooit tot een consensus te komen tussen de twee uiterste stellingen : integristen van alle slag zijn van oordeel dat elke wilddaad van de mens om over zijn eigen levenseinde te beschikken blijk geeft van ontoelaatbare hoogmoed, een misdaad in de ogen van God. En dan zijn er de andere extremisten die van hun kant geen enkele inmenging dulden in hun beslissingen en die oproepen tot DE absolute vrijheid, zonder ontzag voor hun omgeving, en die elke kerkelijke of juridische dominantie afwijzen. De groei van de lekenstaat samen met het huidig buitensporige individualisme hebben de invloed van de godsdiensten – vooral van de christelijke – op ons dagelijkse leven sterk afgezwakt. De onderwerping van de mens aan een almachtig goddelijk beginsel gaat erop achteruit.

Levenskwaliteit en existentiële waarden

De afwezigheid van waarden en normen enerzijds, en de bliksemsnelle ontwikkeling van de medische wetenschappen anderzijds, maken dat sinds zowat een halve eeuw het artsenkorps een hoofdrol is gaan

Heeft de mens het recht over het eigen leven te beschikken? Die vraag heeft de grootste filosofen, kerkleiders, juristen en politici bezig gehouden zonder ooit tot een consensus te komen.

Indien men het recht op zelfverlossing erkent vanuit de eerbied voor het individuele recht op zelfbeschikking, dan bestaat er geen reden om de hulp van een derde te weigeren.

spelen in de beslissingen rond het levensende. Bij gebrek aan duidelijke wetten hebben de richtlijnen van de Artsenfederaties en Orden van Geneesheren (in Zwitserland: de Academie voor Medische Wetenschappen) die lacune gevuld. In zekere zin namen ze de plaats in van de kerkelijke geboden en verboden.

Maar moet men blijven leven, enkel Men alleen omdat het technisch mogelijk is de grenzen van onze vitale functies alsmaar te verleggen? Kan men volstaan met “het leven” te herleiden tot de louter vitale functies, het biologisch bestaan? Is het dat wat men te allen prijze moet beschermen? Is het een waarde op zich? Kan men een verplichte bescherming van de vitale functies opleggen en verder alle waarden links laten liggen die het fundament vormen van onze vraag om menselijkheid?

Indien men aanvaardt dat het menselijke leven meer is dan het eenvoudig biologisch, fysiek bestaan; dat het moet beantwoorden aan kwalitatieve criteria zoals de wilsuitdrukking, het vermogen te reflecteren en te oordelen, de mogelijkheid het eigen leven individueel te beheren, dan is het antwoord ondubbelzinnig : het recht op leven in die betekenis impliceert logischerwijs het recht om zélf de vitale functies te verkorten bij gebrek aan criteria die – subjectief – de kwaliteit van dat leven definiëren. Indien men het recht op zelfverlossing erkent vanuit de eerbied voor het individuele recht op zelfbeschikking, dan bestaat er geen reden om de hulp van een derde (buitenstaander) te weigeren bij het voltrekken van die ultieme daad. En dit binnen een gewaarborgde trans-

parante en traceerbare procedure.

Transparantie en zin voor verantwoordelijkheid

Daar ligt nu precies de voornaamste rol van verenigingen zoals (het Zwitserse) EXIT: aan de enen de toegankelijkheid waarborgen tot deze laatste bijstand én de samenleving de nodige transparantie waarborgen door de strikte controle op zowel de daad als de toegang tot de geschikte medicatie – bewust van de zware verantwoordelijkheid t.a.v. beide partijen, maatschappij én individu.

In Zwitserland vertrouwen meer dan zestigduizend leden op de moed en verantwoordelijkheidszin van de voorzitters en andere bestuursleden van de twee EXIT-verenigingen (EXIT Deutsche Schweiz en EXIT Suisse romande). Van hun persoonlijke integriteit en geloofwaardigheid hangt in grote mate de aanvaarding af van het recht op zelfbeschikking tot in de dood, waarnaar wij allen streven. En het loont nog steeds de moeite voor dit recht te strijden tot op de dag dat wat nu mogelijk is voor enkele geprivilegieerde individuen een natuurlijk recht voor allen wordt. Tenminste voor al diegenen die erom vragen, net zoals er nood is aan een recht op echtscheiding, een recht op vrijwillige zwangerschapsafbreking of op stem-recht voor vrouwen...

De Europese Federatie van de Verenigingen die streven naar het Recht op Waardig Sterven (RtDSEurope), (opgericht in 1993 als een platform voor de constructieve uitwisseling van ervaring en onderlinge bijstand) kan niet rechtstreeks tussenkomen bij

het opstellen van nationale wetten. We spannen ons in om onze ideeën uit te dragen en te verdedigen binnen de Europese instellingen in de hoop dat die op hun beurt de nationale wetgevers zullen beïnvloeden. Maar de weg is lang, moeizaam en duur. Daarom kunnen we de mensen enkel oproepen om talrijk aan te sluiten bij deze verenigingen. Hoe talrijker we zijn, des te sterker staan we. Verenigd kunnen we voldoende gewicht in de schaal leggen om de wetten te veranderen tot ze overeenstemmen met de betrachtingen van de meerderheid van de bevolking.

Moge EXIT A.D.M.D. Suisse romande blijven groeien en de weg wijzen aan de rest van Europa.

(vertaling: Peter Ryssack)

“In de marge”

(...) CD&V bezweert niet te zullen raken aan de ethische verworvenheden die onder paars zijn uitgevoerd. Maar het is even duidelijk dat de partij ook niet van plan is die ook maar één millimeter te verruimen. We moeten maar vertrouwen op de relatie arts-patiënt, zegt Leterme. Dat is onzin, natuurlijk, want hoe kun je iets bouwen op de relatie tussen een patiënt met dementie en een met strafvervolg bedreigde arts? Er komt geen uitbreiding, het mag alleen niet zo duidelijk gezegd zijn. (...)

“Standpunt” van Yves Desmet in “De Morgen” van 30.05.2007, getiteld: “Ethiek”

“Aanklacht in Italiaanse euthanasiezaak vervalt”

Rome. De klacht tegen een Italiaanse arts die de kunstmatige beademing van een terminale patiënt, op diens verzoek, uitschakelde is vervallen.

Mario Riccio werd aangeklaagd voor moord nadat hij in december een illegale euthanasie had uitgevoerd bij Pergiorgio Welby, een zestigjarige patiënt die al sinds 1997 kunstmatig beademd werd en die de laatste maanden enkel nog met zijn ogen kon knippen.

Een Romeinse rechter meent nu dat Welby het recht had om de beademing te weigeren, en dat de arts niet kan vervolgd worden.

“Vandaag heb ik de bevestiging gekregen” zei Riccio toen hij de rechtbank verliet. “Een patiënt kan een behandeling weigeren, zelfs als die levensreddend is.”

De Welbyzaak verdeelde Italië sinds de man op tv een oproep deed om te mogen sterven. Na zijn dood weigerde de katholieke kerk hem te begraven. Voorstanders van euthanasie bestempelen Welby echter als een held.

(“De Morgen” - 24.07.2007)

“Uit de pers: Euthanasie blijft nodig”

een (niet getekend) artikel in “NRC Handelsblad” van 11.05.2007

Voor de meeste artsen is het niet gemakkelijk zelf rechtstreeks euthanasie toe te passen op verzoek van een patiënt die ondraaglijk lijdt. Dat blijkt ook uit het feit dat behalve in Nederland en in België nergens ter wereld rechtstreekse euthanasie door een arts wettelijk is toegestaan. Wat niet wil zeggen dat het nergens anders gebeurt. Maar daar blijft euthanasie onder de pet, en de grens met pijnbestrijding mistig. Onduidelijkheid is vaker gemakkelijker te aanvaarden voor artsen en nabestaanden. De moedige Nederlandse (en Belgische) eerlijkheid, waarbij euthanasie aan de medische stand wordt overgelaten, blijft uniek. Artsen horen euthanasie ook niet op commando toe te passen.

De sterke daling in vier jaar van het aantal gevallen van euthanasie, van 2,6 naar 1,7 procent van het jaarlijkse aantal sterfgevallen in Nederland, is wel logisch. Gisteren werd hierover een grootscheeps wetenschappelijk onderzoek gepubliceerd. In die tussenliggende vier jaar is er een alternatief ontwikkeld waarmee artsen zwaar lijdende patiënten kunnen helpen: palliatieve sedatie. Daarmee wordt het lijden zodanig bestreden dat de patiënt zijn einde niet meer bewust meemaakt. Voor artsen is dat een aantrekkelijk alternatief, want de dood hoeft dan niet aan de toetsingscommissie voor euthanasie te worden gemeld. Ook de stervende en de nabestaanden hoeven zich niet meer bezig te houden met de moeilijke euthanasiebeslissing. Het aantal sterfgevallen door palliatieve sedatie ging in vier jaar van 6 naar 7,1 procent.

Dat wil niet zeggen dat palliatieve sedatie een volledig alternatief is voor euthanasie. Er blijven gevallen van ondraaglijk lijden die niet met

palliatieve sedatie zijn te bestrijden en waarbij euthanasie door wet en rechtspraak is toegestaan. Bovendien willen sommige terminale patiënten controle houden op hun sterven, niet ontluisterd raken en zo lang mogelijk contact hebben met hun nabestaanden.

In deze context zijn de uitkomsten van het proefschrift van psychiater Boudewijn Chabot over auto-euthanasie opmerkelijk. Hij ontdekte dat in ruim drie procent van de sterfgevallen de patiënt in overleg met naasten zijn eigen leven had beëindigd, door een combinatie van verzamelde slaapmiddelen en medicijnen in te nemen of door te stoppen met eten en drinken. Zelfeuthanasie eventueel met hulp van anderen komt dus meer voor dan euthanasie op anderen. Hulp bij zelfdoding is in sommige situaties in de Amerikaanse deelstaat Oregon en in Zwitserland toegestaan. Bepaalde dodelijke middelen zijn in het buitenland gemakkelijker verkrijgbaar. Met meer palliatieve zorg is de Nederlandse situatie gaan lijken op de internationale. Ook de Nederlandse eerlijkheid blijft beperkt. Het is nooit zeker na te gaan hoe lang een patiënt die palliatief in slaap is gebracht, nog te leven zou hebben. Ook wordt het leven wel bekort door toediening van morfine, zonder dat dit wordt gemeld.

Euthanasie is geen materie die gemakkelijk wettelijk is te regelen. Euthanasie blijft uitzonderlijk. De meeste mensen worden door de dood overvallen. Euthanasie verloopt niet altijd harmonisch, maar van een hellend vlak is geen sprake. De justitiële toetsing van euthanasie kan dus best iets losser worden, zoals in het onderzoeksrapport wordt geadviseerd.

“Uit de pers: Euthanasie, stilaan aan actualisering toe?”

De laatste dagen komt het vraagstuk van euthanasie weer opzetten in de media.. Vooral CD&V wil nog wel eens schamper doen over die wet. Gelukkig is de strekking dat men de wet op euthanasie wil “terugschroeven” bij het aantreden in de meerderheid verlaten. Het is ook immers stilaan duidelijk dat ook het kiezerskorps van een katholieke partij de weg gevonden heeft naar euthanasie, dat ook zij beseffen dat die wet het taboe omtrent de dood doorbroken heeft: men spreekt openlijk over sterven en het toepassen van palliatieve therapie vervangt therapeutische hardnekkigheid. Ook de wetenschap dat men de mogelijkheid heeft op euthanasie als het levenseinde te zwaar wordt, is gedurende het ziekteproces al een gegeven dat mensen oplucht en hen met minder angst door behandelingen laat gaan. Met andere woorden: euthanasie is veel meer dan de handeling zelf. Voor elke honderd mensen die vragen naar de mogelijkheid van euthanasie als dat later in het ziekteproces nodig zou blijken, vragen er minder dan tien echt naar de toepassing ervan. Voor de overige negentig droeg de vraag wel bij om te kunnen spreken over de dood, om de toekomst zonder vrees voor een vreselijke aftakeling tegemoet te treden. Schamper doen over het eender geringe aantal euthanasietoepassingen, zoals Herman Van Rompuy deed, is dan ook totaal ongepast.

Had de huidige meerderheid deze wet de voorbije jaren al moeten aanpassen? Is men in dat opzet mislukt? Persoonlijk denk ik dat het goed was om zo’n ingrijpende wet even ingang te laten vinden vooraleer er aan te sleutelen. Tussen 2002 en vandaag ligt amper vijf jaar; Nu is er zelfs nog

meer nood aan objectieve info over de wet. En nu pas zien we gelukkig dat er ook in katholieke ziekenhuizen minder militant verzet is tegen de wet. Ook daar komen artsen en patiënten meer en meer samen tot inzicht wanneer voortleven geen zin meer heeft.

Voor de volgende legislatuur dringt zich echter stilaan een actualisering van de wet op. Welke vraagstukken dienen daar aan bod te komen?

Bij het ontstaan van de wet werd al gedacht om ook minderjarigen toe te laten tot een beslissing daaromtrent. Vele getuigenissen leerden ons dat minderjarigen met kanker vaak zeer volwassen kunnen denken en zulke beslissingen aankunnen in samenspraak met de ouders. De tijd is nu rijp om op dat pad voort te gaan. Sommige patiënten willen ook liever zelf een dodelijk medicijn nemen in plaats van een injectie te laten toedienen door een arts, ook dat kan geregeld worden.

Nu zegt de wet dat een wilsbeschikking enkel kan voor patiënten die in een onomkeerbare coma verkeren. Dat is een eerder zeldzame situatie. Vaker ziet men situaties, bijvoorbeeld bij een hersentumor, dat mensen langzaam afglijden naar een verwarde toestand. Als zij vooraf hebben gevraagd voor een euthanasie moeten zij daar ook recht op hebben. Over bovenstaande problemen is reeds een vrij grote meerderheid het eens. Rest de vraag over euthanasie bij dementerenden, dat blijft een zeer moeilijk vraagstuk.

vervolg op pagina 23 ...

Patrik Vankrunkelsven, senator Open-Vld, in “De Morgen” van 04.05.07

“Uit de pers: Euthanasie is een recht”

Dr. Peter Heintz in NRC-Handelsblad van 05.04.2007

Opgetekend door Jannetje Koelewijn

Het kabinet bepleit pijnstilling op het sterfbed als alternatief voor euthanasie. Onzin, vindt oncoloog Peter Heintz. “Net als zeggen dat adoptie beter is dan abortus.”

Peter Heintz, gynaecoloog en oncoloog, emeritus hoogleraar in het UMC Utrecht, heeft in zijn leven veel vrouwen zien doodgaan. En hij heeft ze vaak geholpen om dood te gaan, ook toen er nog geen euthanasiewet was. Baarmoederhalskanker en eierstokkanker kunnen tot een pijnlijk en langdurig sterfbed leiden.

Toen Peter Heinz las dat het nieuwe kabinet palliatieve sedatie – pijnstilling op het sterfbed – wil propageren als alternatief voor euthanasie, werd hij boos. Wat een onzin, zegt hij, om mensen sedatie op te dringen, alleen omdat de ChristenUnie meeregeert.

Palliatieve sedatie, zegt hij, is geen alternatief voor euthanasie. Doen alsof dat wel zo is, vindt hij net zo’n flauwekul als zeggen dat adoptie een alternatief is voor abortus. “Dat bedenken je alleen als je er niets vanaf weet.”

Peter Heintz (62) raakte geïnteresseerd in de zorg voor vrouwen met terminale kanker toen hij in opleiding was, begin jaren zeventig, in het academisch ziekenhuis in Leiden. Zijn hoogleraar, Arnold Sikkel, had op de afdeling een kamer ingericht voor vrouwen die dood zouden gaan. Hij hielp hen om de laatste weken goed door te komen, met pijnstillende drankjes en veel aandacht van vrijwilligers. “Een hospice avant la lettre.»

Er waren vrouwen die vroegen om te mogen sterven. “Een Sikkel maakte dat bespreekbaar”, zegt Peter Heintz. “Per casus. Net als met de aanvragen voor abortus. Als we het verzoek honoreerden, gaven we een infuus met een slaapmiddel. De vrouw raakte in coma en dan was het wachten op de dood. We noemden het euthanasie. Maar het was wat nu palliatieve sedatie heet. En het werd geregistreerd als natuurlijke dood.”

Het was mild om het zo te doen, zegt hij. Maar ook wreed. “Het duurde soms dagen voordat die vrouw dan stierf. Daar lag ze dan, onbeweeglijk in bed. Ze kreeg doorligwonden, longontsteking. Ze ging rochelen. Voor de familie was het zeer belastend. Als er nu over palliatieve sedatie wordt gepraat, dan moet ik steeds daar aan denken.”

Toen hij zelf de leiding over de afdeling kreeg, ging hij aan vrouwen die wilden sterven vragen hoe ze dachten dat het zou gaan. “Ze zeiden: ik krijg een infuus en dan ben ik dood.” Hij vertelde hun dan dat het meestal nog een tijdje duurde, een paar uur of een paar dagen. Geen vrouw, zegt hij, die dat wilde. “Ze wilden geen levend lijk zijn. Zij vonden het mensonwaardig.”

Peter Heintz ging doen wat sommige andere artsen toen ook al deden, maar wat nog steeds verboden was. Hij gaf vrouwen niet alleen een slaapmiddel, maar ook een spierverslapper. En dan stierven ze wel meteen. Het is nu de gangbare manier om euthanasie toe te passen. Heintz verbaast zich er wel eens over dat niemand hem in de jaren voor de euthanasiewet heeft aangegeven. “Kennelijk deden we het goed.”

Processen tegen artsen die euthanasie toepasten, kwamen er alleen als die artsen zelf hadden gemeld wat ze gedaan hadden.

Hij begon nooit uit zichzelf over euthanasie, zegt hij. Ook niet toen hij later in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis en in het UMC Utrecht werkte. Vrouwen vroegen zelf of ik bereid was om hen te helpen als het nodig zou zijn, zegt hij. Vaak al meteen nadat ze de diagnose kanker hadden gekregen. “Dan zei ik dat het bespreekbaar was. En dan waren ze gerustgesteld.”

Ook later, zegt hij, heeft hij nooit meegemaakt dat vrouwen kozen voor de kans op een coma van een paar dagen. En dan doodgaan als hun man net even onder de douche zou staan.

Natuurlijk kan Peter Heintz zich voorstellen dat bij mensen met andere opvattingen of met andere ziekten palliatieve sedatie wel de aangewezen manier is om lijden te voorkomen. En hij weet dat palliatieve sedatie steeds meer wordt toegepast sinds er in december 2005 een richtlijn voor kwam. Dat is allemaal het probleem niet, zegt hij. Er is wel een probleem als mensen niet meer in vrijheid voor euthanasie kunnen kiezen, omdat de christelijke leden van het kabinet liever wat anders willen. Of omdat het artsen beter uitkomt.

Toen hij nog in opleiding was, zegt hij, maakte hij mee dat vrouwen na de bevalling hun kind afstonden omdat ze niet getrouwd waren. “Ze bevielen achter een laken, de verpleging stond klaar om de baby mee te nemen, liefst nog voor het eerste kreetje. En dat zou dan beter zijn dan abortus? Het komt

allemaal op hetzelfde neer. We hebben te maken met politici die mensen het recht willen ontnemen om zelf over hun leven en hun lichaam te beslissen.”

... vervolg van pagina 21

Mijns inziens is ook die problematiek geen zwart-wit verhaal en is er een brede, grijze zone tussen “helder” en “dement” zijn. In die overgangperiode moet er ook omtrent euthanasie gesprek en afweging kunnen bestaan tussen de patiënt en de arts. Een diepgaand debat en een onderzoek over die kwestie zijn in elk geval wenselijk, al kan men daarover misschien nog niet afronden.

Kortom, de tijd is rijp om het debat over euthanasie in alle aspecten weer aan te gaan en te zoeken naar een ruim maatschappelijk draagvlak om de wet ook toegankelijk te maken voor situaties die nu uitgesloten zijn. En dat debat kan ook CD&V niet tegenhouden.

Bovenstaand artikel werd gepubliceerd voor de verkiezingen. Sindsdien is een ander duidelijk: Jong CD&V werpt zich op als de “ethische waakhond” van CD&V, maar ontkent dat de christendemocratische jongeren de “conservatieve vleugel van de partij” zouden zijn ...

“Uit de pers: Databank met beperkt nut”

Geert Verrijcken in “de Huisarts” van 14.06.2007

“De databank met wilsverklaringen in het kader van de euthanasiewetgeving schiet voorlopig haar doel voorbij. Het aantal wilsverklaringen is inmiddels bijzonder beperkt.”

Uit het tweede verslag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie blijkt dat er in 2004 vijf voorafgaande wilsverklaringen op 349 euthanasieverzoeken waren.

In 2005 ging het over acht verklaringen op 385 verzoeken. Dat is natuurlijk bijzonder weinig. Bovendien blijft registratie bij de nieuwe databank die de federale overheidsdienst Volksgezondheid **vanaf september 2008** in stelling brengt dan nog facultatief.

Dat alles beseft ook professor Wim Distelmans (UZ Brussel), voorzitter van de Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Hij vraagt zich trouwens af waarom het Koninklijk Besluit op de databank precies nu gepubliceerd wordt.

“De oprichting van dergelijke gegevensbank was weliswaar voorzien in de euthanasiewetgeving. Ze is nuttig wanneer bijvoorbeeld een Antwerpenaar in Oostende een zwaar auto-ongeval heeft en in coma geraakt. Via deze databank kan de arts dan te weten komen of de patiënt al dan niet over een wilsverklaring beschikt”, aldus Distelmans. “Maar het gaat enkel over gevallen waarbij er sprake is van een onomkeerbare coma.”

Bovendien is registratie niet verplicht. “Dat klopt”, legt de Brusselse hoogleraar uit. “De databank vormt dan ook slechts een bijkomende garantie dat rekening wordt gehouden met de wens van de patiënt.”

Het nut ervan is dus bijzonder beperkt. Wim Distelmans: “Dat is ook wat de meeste mensen niet goed beseffen. Ze denken dat ze zich via de

gemeente kunnen laten registreren. Maar dat kan dus enkel als het over coma gaat. Daarom pleit ik er voor de wet uit te breiden tot beschadigde hersenfuncties. Veel meer mensen zouden zich dan op het bestaan van de registratiemogelijkheid voor hun wilsverklaring kunnen beroepen.” Om die reden vindt Distelmans de publicatie van het Koninklijk Besluit dan ook niet onnuttig. “Als er ooit een uitbreiding van de wet komt, zijn alle instrumenten voor registratie meteen voorhanden”, zegt hij.

Voorlopig is niet alleen de meerwaarde klein, bovendien dreigen een aantal bepalingen uit het Besluit dode letter te blijven. Zo is voorzien dat via een link naar het kadaster van de gezondheidszorg beroepen nagegaan wordt of een arts die de databank raadpleegt ook effectief arts is. Tot nader order is dat kadaster echter nog niet operationeel... Misschien lukt dat wel tegen de herfst van volgend jaar. Verordend wordt tot slot dat de administratie de raadplegingen van de databank zal traceren en dat men de Federale Controle- en Evaluatiecommissie hierover inlicht. Een nieuwtje, voor commissievoorzitter Wim Distelmans, hij was hiervan niet op de hoogte.

“Verkrijgbaar”

bij RWS:

- levenstestament (4 exemplaren) + wilsverklaring inzake euthanasie (6 exemplaren) met toelichting en tweeledig pasje “richtlijnen bij ziekte of ongeval”: zie jaarlijkse bijdrage
- Emile Gevenois: “de kracht van de berusting tegen het knagen van de onrust” (Nederlandse versie: Jef Maes), 322p., gratis mits port (2,30 euro); vermelden: EG1N

bij de boekhandel:

- Frans Buyens: “Minder dood dan de anderen”, uitg. EPO, 1991 – ISBN 90 6445 608 9 – 10,40 euro
- Maurits Verzele: “De milde dood” (zelfdoding en euthanasie), uitg. EPO, 1994 – ISBN 90 6445 839 1 – 11,20 euro
- Léon Favvyts (red): Dossier: “Euthanasie. Van taboe tot recht”, uitg. EPO, 1998 – ISBN 90 6445 051 X – 14,75 euro
- Hugo Van den Enden: “Ons levenseinde humaniseren. Over waardig sterven en euthanasie”, VUBPress, 2004, 221 pp., ISBN 90 5487 373 6, prijs: 17,95 euro, te bestellen via www.vubpress.be of via e-mail vubpress@vub.ac.be
- Wim Distelmans: “Een waardig levenseinde” – Uitg. Houtekiet, 2005 – ISBN 90 5240 868 8 - prijs: 19,95 euro
- “Als het zover is” – verhalen over euthanasie – door het supportteam van het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen Campus Middelheim - Uitg. EPO, 2006 – ISBN 90 6445 404 3 – prijs: 15,00 euro

bij Filmfonds Buyens – Chagoll:

- “Minder dood dan de anderen”, een film van Frans Buyens, met Dora Van der Groen en Senne Rouffaer, beschikbaar op DVD aan 25,00 euro te betalen aan Filmfreaks - Distributie - Antwerpen, bankrekening 721-5204132-73 of op Video VHS aan 12,50 euro te betalen aan “Voor de glimlach van een kind”, bankrekening: 434-2672681-44

TOETREDINGSFORMULIER :

Duidelijk ingevuld terug sturen naar: RWS, Constitutiestraat 33, 2060 Antwerpen.

Ondergetekende, NAAM + Voornaam _____

MEISJESNAAM + Voornaam _____

Straat _____ Nr _____ Bus _____

Postnummer _____ Woonplaats _____

Beroep _____

Geboortedatum _____ Telefoonnummer _____

wenst deel uit te maken van “Recht op Waardig Sterven” (vzw) en stort heden op bankrekening 320.0264170.12 van RWS met vermelding:

- | | |
|--|--------------|
| (1) individueel | : 20,00 euro |
| (2) familiaal (namen vermelden) | : 30,00 euro |
| (3) sociaal (studenten, werkzoekenden ... mits attest) | : 10,00 euro |

Desgewenst kan ik u (kosteloos) helpen bij volgende activiteit:

“Nuttige adressen”

ADMD
(Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité)
55, rue du Président – 1050 Bruxelles
Tel: 02.502 04 85 – Fax: 02.502 61 50
E-mail: info@admd.be
<http://www.admd.be>

ALS-Liga (Amyotrofische Lateraal Sclerose)
Tel: 016/29.81.40
<http://www.als-mnd.be>

Vlaamse Alzheimer Liga
Tel: 0800-15 225
<http://www.alzheimer.be>
Gratis infolijn voor familieleden van dementerenden en jong-dementerenden

Stichting tegen Kanker
Leuvensesteenweg 479
1030 Brussel
Kankerfoon 0800-15 802
<http://www.kanker.be>

Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK)
Koningsstraat 217
1210 Brussel
Vlaamse kankertelefoon 078/15.01.51
e-kankerlijn@tegenkanker.be (elektronische variant van de Vlaamse kankertelefoon)
<http://www.vlk.be>

Centra Morele Dienstverlening
Brand Whitlocklaan 87
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe
Tel: 02/735.81.92
<http://www.uvv.be>
E-mail: cmd.federaal@uvv.be
Alle informatie en adressen over morele bijstand en vrijzinnige plechtigheden

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen
J. Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel
Tel: 02/456.82.00
<http://www.palliatief.be>
Voor alle adressen en informatie over palliatieve zorg

Humanitas
2520 Ranst
Tel: 0497/64.40.03
Psychologische begeleiding

LEIF-lijn (een RWS-initiatief)
J. Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel
Tel: 078/15.11.55
<http://www.leif.be>
Informatie voor iedereen die vragen heeft rond het levenseinde

Multiple Sclerose Liga
Boemerangstraat 4
3900 Overpelt
Tel: 011/80.89.80
<http://www.ms-vlaanderen.be>
Voor psycho-sociale begeleiding van MS-patiënten en hun familie
Voor alle medische vragen over multiple sclerose is er de gratis MS Infolijn 0800-93 352

SENSOA
Kipdorpvest 48A
2000 Antwerpen
Tel: 03/238.68.68
<http://www.sensoa.be>
Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid en voor mensen met HIV

Tele-Onthaal 106
<http://www.tele-onthaal.be>
Telefonische ondersteuning ivm persoonlijke zorgen en relatieproblemen

Trefpunt Zelfhulp
E. Van Evenstraat 2c
3000 Leuven
Tel: 016/23.65.07
<http://www.zelfhulp.be>
Voor informatie en adressen van zelfhulpgroepen in Vlaanderen

BUITENLAND:
World Federation of Right to Die Societies:
adressen via het secretariaat van RWS
andere, niet aangesloten verenigingen:
eveneens via het secretariaat van RWS

“Adressenlijst van leden aangesloten bij de World Federation of Right to Die Societies”

AUSTRALIA

South Australian Voluntary Euthanasia Society
Voluntary Euthanasia Society of New South Wales
Northern Territory Voluntary Euthanasia Society
Voluntary Euthanasia Society of Queensland
Voluntary Euthanasia Society of Victoria
West Australian Voluntary Euthanasia Society
Voluntary Euthanasia Society of Tasmania

BELGIUM

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité
Recht op Waardig Sterven

CANADA

Dying With Dignity
Goodbye
Surrey/White Rock – Choice in Dying Society

COLUMBIA

Fundacion Pro Derecho a Morir Dignamente

FINLAND

Exitus Ry
Pro Gratia Humana

FRANCE

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

GERMANY

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben DGHS

INDIA

The Society for the Right to Die with Dignity

ISRAËL

Lilac

ITALY

Exit – Italia

JAPAN

Japan Society for Dying with Dignity

LUXEMBOURG

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

NETHERLANDS

Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig levensEinde

NEW ZEALAND

Voluntary Euthanasia Society
Voluntary Euthanasia Society (Auckland)

NORWAY

Landsforeningen Mitt Livstestament

SPAIN

Derecho a Morir Dignamente (DMD)

SWEDEN

Ratten Till Var Dod (RTVD)

SWITZERLAND

Exit / Vereinigung für Humanes Sterben
Exit / ADMD (Suisse Romande)

UNITED KINGDOM

Friends at the End – Scotland
Voluntary Euthanasia Society of England & Wales

UNITED STATES OF AMERICA

Compassion in Dying Federation
Euthanasia Research and Guidance Org. (ERGO!)
Hemlock Society of USA
Hemlock Society of Florida

ZIMBABWE

Final Exit

Nadere informatie (postadres, tel, fax, e-mail,
Internet) via secretariaat van RWS of
<http://www.worldrtd.org/membersocs.html>
