

België - Belgique
PB
ANTWERPEN X
8/1098
erkeningsnummer
P708387

Afgiftekantoor: Antwerpen X

4 07

Driemaandelijks tijdschrift
25° Jaargang - nr. 111
dec 2007 - jan - feb 2008
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

“Beschermmcomité”

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

01.11.07

Prof. Dr. ABICHT Ludo, docent filosofie HIVT/RUCA - Prof. Dr. AMY J-J, gynaecologie, 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. Vl. + 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, toneel- roman- 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, kliniekhof 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 - Mw. HEMMERECHTS Kristien, docente, auteur - 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 anthropologie 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., kliniekhof oncologische heekunde 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, hoofddocent 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., eredeaan fac. geneeskunde, rector VUB - Prof. Dr. VAN DAMME M., hoofddocent, 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, Ledeberg - 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 Gommar, hoogleraar, VUB - Dhr. VAN PUYVELDE Leo, ereziekenhuisdirecteur - Prof. Dr. VAN SPAANDONCK Marcel, em. hoogleraar, RUG - Mw. VAN STRAELEN-VAN RINTEL G., ere-inspectrice Nl. 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 2008:

stichter-voorzitter: dhr. Léon Favys / vice-voorzitter: dr. Marc Van Hoey

bestuurders: dhr. Sven Claessens, prof. dr. Wim Distelmans, mw. Elka Joris, mw. Jacqueline Simon, mw. Liva Thuet, dr. iuris Jean Vroman

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

“In dit nummer”

- 
- 02** Beschermcomité
- 03** Inhoud
- 04** Oproep: Algemene vergadering 15 maart 2008
- 05** Hulp bij de zelfgekozen dood
door Staf De Wilde
- 06** Medische beslissingen aan het levenseinde
en plaats van overlijden in België en Europa
door Joachim Cohen, MA, PhD
- 16** Aan de rand
door Staf De Wilde
- 17** Schriftelijke voorafgaande wilsverklaringen in Vlaanderen
door Sam Rys
- 18** Uit de pers: Broeders van Liefde tegen euthanasie
door Corry Hancké, “De Standaard”, 20.09.2007
- 19** Uit de pers: Dokter van Wacht
door Werner Ruts, “De Huisarts” 13.09.2007
- 21** Hoe zijn lichaam aan de wetenschap nalaten?
Commentaar op buitenlandse publicaties
- 22** Mantelmeeuw
door Thérèse van Altena-Laurant
- 22** Uit de pers:
Twee derde patiënten verhuist in laatste drie levensmaanden
door N.C. in “De Morgen” van 30.10.2007
- 24** Jaarlijkse bevestiging (+ overschrijvingsformulier)
Maandelijkse permanentie
- 25** Verkrijgbaar
- 26** Nuttige adressen
- 27** Wereldfederatie

“Algemene vergadering 2008”

Uitnodiging Algemene vergadering
zaterdag 15 Maart 2008, 14u
Park Plaza Astrid Antwerp
Koningin Astridplein 7
2018 Antwerpen (aan Centraal Station).

Algemene
vergadering,
zaterdag 15
maart 2008
14u. Park Plaza
Astrid Antwerp,
Koningin
Astridplein 7,
Antwerpen

25-jarig bestaan RWS

We herdenken tevens het 25-jarig bestaan van onze vereniging (gesticht in december 1983) en wensen de nadruk te leggen op de historiek, de leemten in de huidige euthanasiewetgeving, de mogelijke uitbreidingsmogelijkheden, de hernieuwde structuur van onze vzw (erkeningsnummer 426.391.808), de versterkte Raad van Bestuur, de nieuwe juridische en taalkundige mogelijkheden, de informatie richting jeugdorganisaties enz...

Dagorde en details in volgend kwartaalblad.

Niet-Reanimeer-Penning

Op vraag van onze leden willen we ook dieper ingaan op het nut van een “Niet-Reanimeer-Penning”. We zouden deze willen aanbieden aan zij die interesse hebben. De uitwerking van zo’n penning kan het best gedragen worden door een takengroep die de voorstellen bekijkt, budgetteert en werkingsklaar maakt. Voor de A.V. wensen we een groepje mensen te verenigen die klaar staan om deze taak op zich te nemen.

U kan hieromtrent contact opnemen met de zetel der vereniging, liefst per brief (RWS, Constitutiestraat 33 – 2060 Antwerpen) of per mail (info@rws.be) met vermelding van de gewenste samenkomstdata (bvb. Za 15.12 of Za 22.12, Za 12.01 of Za 19.01 of Za 26.01 telkens om 14u.op de zetel der vereniging) Naargelang de meerderheidswensen zullen wij dan een datum vastleggen en de geïnteresseerden uitnodigen.

Registratie voor de Algemene Vergadering

Per slot wensen wij ook uw komst te registreren voor die A.V. Dat kan, ten gepaste tijde (voor 15/01/2008), door een simpele melding (brief of mail) teneinde de juiste vergaderruimte kunnen te reserveren. Hartelijk dank voor uw begrip en medewerking!

“Hulp bij de zelfgekozen dood”

De voorbije jaren bezochten mijn partner en ikzelf een familielid op de afdeling voor de meest hulpbehoevende patiënten van een rusthuis. We waren geschokt.

Na een zoveelste hersenbloeding was dit familielid onderworpen aan een behandeling waardoor zij vele malen erger dan de Poolse paus zat te schokken en beven in de zetel waaraan ze was vastgesnoerd. Haar hoofd was opgezwollen, ze kon niet meer spreken tenzij met haar ogen die ontzetting en een bodemloze droefheid uitschreeuwden.

Het spijt me dat ik het zo radicaal moet verwoorden, maar ik ging buiten met moordgevoelens, gelukkig heb ik haar therapeut nooit gezien.

Mijn partner en ikzelf waren in elk geval doordrongen van één besluit: dit willen wij nooit meemaken.

Vandaar onze gemeenschappelijke vraag: hoe zit het met de ontwikkeling van de zogenaamde ‘pil van Drion’?

Want wij wensen een dokter of twee dokters niet op te zadelen met de juridische omslachtigheid en gewetensproblemen die kunnen volgen uit onze keuze.

In het schitterende boek ‘De wrede God’ van de psychoanalyticus en literatuurwetenschapper A. Alvarez (geschreven naar aanleiding van de zelfdoding van zijn literaire vriendin Sylvia Plath) lezen we dat bijvoorbeeld in Marseille toen die stad een Griekse kolonie was er een stedelijke depot bestond met een dodelijk gifdrankje, wellicht hetzelfde waardoor Socrates

stierf. De burgers konden een gemotiveerde aanvraag indienen en als die werd goed gekeurd; kregen zij een fiooltje mee naar huis. Vaak kozen echtparen ervoor om samen uit het leven te stappen.

Deze beslissing is in moderne tijden niet verdwenen, denk aan de zelfgekozen dood van Arthur Koestler en zijn vrouw, en die van Stefan Zweig en zijn partner.

Wat houdt sommige moralisten tegen om een gelijkaardige praktijk als die in Marseille opnieuw in te voeren? De dood is net als de geboorte de meest ingrijpende gebeurtenis in een mensenleven: de ene markeert het begin, de andere het einde van ons bestaan; maar meest ingrijpend betekent nog niet het ergste.

Velen onder ons zijn van oordeel dat aftakeling, complete afhankelijkheid, verlies van waardigheid en chronisch lijden – fysiek of mentaal – heel wat erger zijn voor de betrokkene(n).

Behoort het dan niet tot onze beschaving om iedereen de kans te geven zelf te bepalen wanneer men vindt dat het genoeg is geweest?

Uiteraard dromen wij ervan om die keuze te kunnen maken op rijpe leeftijd en samen met een levensgezel(lin), maar is het moreel onaanvaardbaar om dit recht aan individuen toe te kennen?

vervolg op pagina 15 ...

door
Staf De Wilde

“Medische beslissingen aan het levenseinde en plaats van overlijden in België en Europa”

Joachim Cohen,
MA, PhD
Onderzoeksgroep Zorg
rond het
Levenseinde,
Vrije
Universiteit
Brussel.
joachim.
cohen@vub.
ac.be

Samenvatting van de belangrijkste bevindingen

ACHTERGROND

Demografische, epidemiologische, en medisch-technologische ontwikkelingen en een toenemend credo van het individu als planner van zijn eigen leven en dood hebben bijgedragen tot een verhoogde aandacht voor omstandigheden en kwaliteit van het overlijden (vb. autonomie, inspraak, goede pijnbestrijding, sterven in een vertrouwde omgeving).

Dit proefschrift belicht in hoofdzaak drie relevante thema's in deze context:

1. publieke opinies over euthanasie,
2. opinies en gedrag van artsen inzake euthanasie en andere mogelijk levensverkortende medische beslissingen aan het levenseinde
3. plaats van overlijden (i.e. ziekenhuis, thuis, rusthuis)

ONDERZOEKSVRAGEN

De volgende onderzoeksvragen werden gesteld:

1. Hoe is de publieke aanvaarding van euthanasie door het algemeen publiek veranderd doorheen de laatste decennia, en welke factoren hebben bijgedragen tot deze veranderingen?
2. Wat is heden ten dage de mate waarin euthanasie wordt aanvaard in Europa? Zijn er grote verschillen tussen Europese landen en hoe kunnen deze worden verklaard?

3. Wat zijn de houdingen, en het gedrag van artsen inzake medische besluitvoering aan het levenseinde van patiënten? Wat is de specifieke invloed van religie?

4. Zijn verschillende plaatsen van overlijden geassocieerd met verschillende medische praktijken aan het levenseinde?

5. Hoe geschikt zijn overlijdenscertificaten om de plaats van overlijden en geassocieerde factoren te bestuderen? Wat zijn de mogelijkheden en wat zijn de zwaktes?

6. Waar sterven mensen in België en in andere Europese landen en welke factoren beïnvloeden waar ze sterven? Zijn er opvallende verschillen?

7. Welke verklaringen kunnen naar voren worden gedragen voor (mogelijke) verschillen in plaats van overlijden tussen Europese landen, en kunnen deze verklaringen suggesties bieden voor beleidsmakers?

ONDERZOEKEN

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden werd gebruik gemaakt van data verzameld in verschillende onderzoeken.

1. *European Values Survey (EVS) 1981, 1990, 1999-2000 (Hoofdstuk 2 en 3)*

In de EVS-studies werden representatieve steekproeven van respondenten uit verschillende Europese landen bevroegd (van 12 landen in 1981 tot 33 in 1999-2000) over hun sociodemografische achtergrondkenmerken, maar ook over hun sociale, culturele, politieke, morele,

en religieuze waarden en houdingen. De surveys stelden ook een vraag naar de aanvaardbaarheid van euthanasie.

2. *Europese studie over 'end-of-life decisions' (Eureld 1 en 2) (Hoofdstuk 4 en 5)*

Deze studie omvatte twee grote dataverzamelingen: een overlijdenscertificatenstudie in zes Europese landen naar de feitelijke praktijk van medische beslissingen (Eureld 1), en een survey naar de houdingen van artsen ten opzichte van die beslissingen in zes Europese landen en Australië (Eureld 2). In de eerste studie werd naar de certificerende artsen van een representatieve steekproef van overlijdenscertificaten een vragenlijst opgestuurd over de medische besluitvoering aan het levenseinde van de betrokken overledenen. In de tweede studie werd een steekproef van artsen, gestratificeerd naargelang specialisme, schriftelijk bevestigd over hun houdingen en ervaringen rond medische besluitvoering aan het levenseinde van patiënten. Beide studies vertrokken van een conceptueel kader bestaande uit verschillende soorten medische beslissingen aan het levenseinde (met een mogelijk of zeker levensverkortend effect):

- Het toedienen van middelen met de uitdrukkelijke bedoeling het levenseinde van de patiënt te bespoedigen, op expliciet verzoek van deze patiënt (euthanasie) of zonder diens expliciet verzoek (levensbeëindiging zonder expliciet verzoek); of het verstrekken van dergelijke middelen om de patiënt in staat te stellen zijn eigen leven te beëindigen (arts-geassisteerde zelfdoding)
- Het intensiveren van pijn- en

symptoombestrijding met een mogelijk levensverkortend neveneffect

- Het niet opstarten of stopzetten van behandelingen waardoor het levenseinde (mogelijk) wordt bespoedigd (niet-behandelbeslissingen)

3. *Overlijdenscertificaten data (Vlaanderen 2001; Dying Well 2003) (Hoofdstuk 5, 6, 7)*

Overlijdenscertificaten worden typisch verzameld in functie van doodsoorzakenstatistiek, maar verschaffen ook overige relevante informatie, bijvoorbeeld over plaats van overlijden. Daarom werden twee databases van overlijdenscertificatendata aangelegd.

Een eerste bevat alle 55 772 overlijdens uit 2001 in Vlaanderen. Een tweede bevat meer dan 1,1 miljoen overlijdens en integreert de overlijdenscertificatendata van 2003 uit negen Europese landen (zie hoofdstuk 5 voor meer uitleg).

RESULTATEN

De resultaten van alle onderzoeken (en antwoorden op de onderzoeksvragen) zijn verwerkt in twee delen (medische beslissingen aan het levenseinde, en plaats van overlijden), onderverdeeld in zeven hoofdstukken. De nummering van de resultaten hieronder verwijst naar de corresponderende onderzoeksvragen hierboven.

Medische beslissingen aan het levenseinde

1. Trends in publieke aanvaarding van euthanasie en beïnvloedende factoren (Hoofdstuk 2)

De studie van 46,199 respondenten in 1981, 1990 en 1999-2000 in 12 West-Europese landen toonde een significante stijging aan van de publieke aanvaarding van euthanasie in alle landen behalve (West-)Duitsland. België (69%), Ierland (56%) en Spanje (52%) waren de landen met de sterkste stijging in euthanasie-aanvaarding, gevolgd door Zweden (36%), Noord-Ierland (31%, waarbij wel kan worden opgemerkt dat de aanvaarding laag blijft) en Frankrijk (31%). IJsland (29%), Italië (27%), en Nederland (23%) kenden een iets meer gematigde stijging, terwijl in Groot-Britannië (13%) en Denemarken (9%) slechts een zwakke stijging kon worden vastgesteld in deze periode van ongeveer 2 decennia.

Er werden verschillende factoren geïdentificeerd die deze trends in euthanasie-aanvaarding kunnen verklaren. Zo toonden we een invloed aan van de daling van religiositeit (~secularisatie), het groeiend geloof in het recht op zelfbeschikking, en (in iets mindere mate) de stijgende scholingsgraad. Desalniettemin toonden onze resultaten ook duidelijk aan dat deze (maatschappelijke veranderingen) niet in alle landen in dezelfde mate bijdroegen tot de verandering in euthanasie-aanvaarding. Andere, landenspecifieke factoren leken eveneens belangrijk.

2. Euthanasie aanvaarding in Europa en crossnationale verschillen (Hoofdstuk 3)

Analyses van EVS data (1999-2000) van 33 landen toonde aan dat er geen gemeenschappelijke Europese publieke aanvaarding is van euthanasie. Aanvaarding was aanzienlijk in Nederland, maar zeer laag in Malta. Over het algemeen kunnen we stellen dat er 3 clusters van landen zijn:

- landen met een hoge aanvaarding, respectievelijk Nederland, Denemarken, Frankrijk, Zweden, België, en Luxemburg
- landen met een matige aanvaarding, respectievelijk Rusland, Tsjechië, Finland, Wit-Rusland, Litouwen, Slovenië, IJsland, Letland, Oekraïne, Estland, Groot-Britannië, Slowakije, Spanje, en Oostenrijk
- landen met een lage aanvaarding, respectievelijk Duitsland, Griekenland, Noord-Ierland, Italië, Hongarije, Kroatië, Bulgarije, Portugal, Polen, Ierland, Roemenië, Turkije, en Malta

Verschiedende factoren konden de grote verschillen tussen landen gedeeltelijk verklaren. Demografische verschillen (vb. leeftijd en opleidingsniveau) verklaarden slechts een klein gedeelte van de crossnationale verschillen. De mate van religiositeit was al een betere voorspeller van de houding ten opzichte van euthanasie in een land. Toch bleek dat het effect van (verschillen in) religiositeit niet moet worden overschat en dat sommige landen een sterk idiosyncratische houding hebben ten opzichte van euthanasie. Terwijl sterk-religieuze, weinig permissieve landen over het algemeen minder tolerant, en weinig-religieuze, sterk permissieve landen meer tolerant waren ten opzichte van euthanasie, waren er verschillende landen die niet in deze logica pasten. Dit deed ons besluiten dat attitudes soms zeer landspecifiek zijn, gerelateerd aan

de traditie en geschiedenis van een land.

3. Attitudes en gedrag van artsen in mogelijk levensverkortende medische beslissingen aan het levenseinde: de invloed van levensbeschouwing (Hoofdstuk 4)

De studie, die gebruik maakt van de Eurold 2 gegevens, toonde aan dat een mogelijk levensverkortend effect van pijn- en symptoombestrijding, alsook de eventuele levensverkortening door het stopzetten of niet opstarten van behandelingen sterk wordt aanvaard door artsen, en over het algemeen even sterk door Protestantse of Katholieke als door niet-religieuze artsen. Het gebruik van letale middelen (vb. bij euthanasie) werd duidelijk minder aanvaard bij religieuze artsen, en dit verschil naar levensbeschouwing was nog het duidelijkst in België.

We vonden gelijkaardige patronen en verschillen voor het intentionele gedrag (i.e. bij hypothetische patiënten), hoewel de verschillen iets minder significant neigden te zijn. Zowel religieuze als niet-religieuze artsen gaven in hoge mate aan pijn en andere symptomen te bestrijden, ook al kan een levensverkortend effect van de (hypothetische) patiënt worden voorzien (78% tot 100% zou dit uitvoeren indien de patiënt daarom verzoekt). De bereidheid om een patiënt terminaal te sederen (i.e. door middelen in een diepe slaap of subcomateuze toestand brengen en houden) verschilde ook weinig tussen religieuze en niet-religieuze artsen, hoewel deze praktijk niet zomaar wordt aanvaard door de religieuze doctrines. Zeer grote variatie werd echter gevonden tussen

religieuze en niet-religieuze artsen in de bereidheid om letale middelen toe te dienen. Ongeveer 3% tot 49% van de religieuze artsen en 4% tot 82% van de niet-religieuze artsen was bereid dit te doen indien de patiënt erom verzoekt; en respectievelijk 2% tot 22% en 2% tot 42% indien de patiënt er niet om verzoekt (vb. uit redenen van compassie).

In het feitelijke gedrag, tenslotte, waren de verschillen naargelang levensbeschouwing kleiner. Mogelijk levensverkortende pijn- en symptoombestrijding en terminale sedatie werden bijna even vaak ooit uitgevoerd door religieuze artsen als door niet-religieuze. Enkel voor de toediening van letale middelen zagen we een duidelijk verschil. Toch rapporteerden in de meeste landen zowel Katholieken (tot 16% in Nederland) en Protestanten (tot 20% in Nederland) dat ze ooit zo een beslissing hadden uitgevoerd.

Dus, religie beïnvloedt de visies van artsen op medische besluitvoering aan het levenseinde van patiënten, maar in mindere mate de feitelijke besluitvoering, wanneer echte patiënten en omstandigheden in het spel komen. De resultaten in Hoofdstuk 4 toonden aan dat religieuze artsen ook vatbaar zijn voor omstandigheden (vb. mate van lijden van de patiënt, verzoek van de patiënt), en bijgevolg hun houdingen en gedrag ook aanpassen aan specifieke situaties. Zij volgen met andere woorden zeker niet per definitie de religieuze doctrines over beslissingen aan het levenseinde.

Tot slot, was een opvallende bevinding in Hoofdstuk 4 dat er sterkere verschillen waren afhankelijk

van het land van residentie dan van de levensbeschouwing van de arts. Dit suggereert een duidelijke invloed van de omgevende cultuur.

Plaats van overlijden

4. Medische beslissingen aan het levenseinde en plaats van overlijden (Hoofdstuk 5)

Het proefschrift onderzocht de relatie tussen medische besluitvoering aan het levenseinde van patiënten en de plaats van overlijden in België, Denemarken, Zweden, en Zwitserland, aan de hand van gegevens van de Eureld 1 studie. Van alle niet plotse overlijdens werd 0.4% in Zweden tot 2.8% in België voorafgegaan door het toedienen of verstrekken van middelen met de uitdrukkelijke bedoeling het levenseinde van de patiënt te bespoedigen, 21% in Zweden tot 39% in Denemarken door mogelijk levensverkortende pijn- en symptoombestrijding, en 21% in Denemarken tot 41% in Zwitserland door niet behandelingsbeslissingen. In alle landen werd echter ook een duidelijke variatie aangetroffen in de incidentie (en het type) van medische beslissingen aan het levenseinde naargelang de plaats van overlijden van de patiënt, zelfs indien we rekening houden met de verschillen in doodsoorzaak, geslacht, en leeftijd. Gebruik van letale middelen kwam wat vaker voor bij thuisoverlijdens; terminale sedatie (vooral in combinatie met het weerhouden van vocht en voeding) kwam minder vaak thuis of in rusthuizen voor dan in ziekenhuizen; en niet-behandelingsbeslissingen werden het vaakst genomen in ziekenhuizen (maar ook relatief vaak

in rusthuizen in België en Zwitserland). Mogelijk levensverkortende pijn- en symptoombestrijding kwam min of meer in gelijke mate voor in alle settings.

Er werden ook een aantal opvallende verschillen gevonden in het besluitvormingsproces naargelang de plaats van overlijden. Thuis werd er veel minder vaak overlegd met andere professionele zorgverstrekkers, hoewel dit een belangrijke toets kan zijn voor goed medisch handelen. Met de patiënt werd er echter vaker overlegd in de thuissituatie dan in ziekenhuizen en rusthuizen, en ook familieleden werden thuis over het algemeen meer betrokken in het overleg.

5. Geschiktheid van overlijdenscertificaten data om de plaats van overlijden en geassocieerde factoren te bestuderen (Hoofdstuk 6)

Dit is in hoofdzaak een methodologisch artikel dat de sterktes en zwaktes van overlijdenscertificaten gegevens bespreekt en illustreert aan de hand van een verzameling van zulke gegevens in negen Europese landen. Naast de welgekende algemene zwaktes van verkeerde coderingen in doodsoorzaken en mogelijke nationale en temporele variatie hierin, toonde onze studie aanzienlijke variatie aan tussen de landen en regio's in de kwaliteit, kwantiteit, en het soort informatie beschikbaar via overlijdenscertificaten data (plaats van overlijden en andere variabelen), wat resulteerde in een differentiële geschiktheid van deze data voor het vooropgestelde doel. Een nog belangrijkere beperking in de specifieke context van het bestuderen van plaats

van overlijden was waarschijnlijk dat veel relevante informatie niet gekend is via overlijdenscertificaten (vb. preferentie voor plaats van overlijden van de patiënt).

De belangrijkste geïdentificeerde sterkte van overlijdenscertificaten data was dat ze toelaten om patronen te beschrijven voor een hele populatie en niet enkel voor een steekproef. Daardoor is men ook niet noodzakelijk beperkt tot het bestuderen van specifieke patiëntenpopulaties of settings, zoals vaak het probleem in bestaand onderzoek. De grotere statistische ‘power’ voortkomend uit de grote aantallen kan leiden tot meer betrouwbare resultaten. Bovendien maakt de beschikbaarheid van verschillende relevante variabelen het mogelijk om vrij goede multivariate statistische modellen te maken (i.e. waarbij gecontroleerd wordt voor verschillende zgn. versturende effecten), maar ook om zinvolle resultaten te genereren voor zeer specifieke subpopulaties (vb. longkankerpatiënten, HIV patiënten, laag opgeleiden, specifieke regio’s). De mogelijkheid van het linken van de overlijdenscertificaten data met informatie uit andere databases vergrootte deze mogelijkheden bovendien. Een andere belangrijke geïdentificeerde sterkte, ten slotte, was dat overlijdenscertificaten gebruikt kunnen worden om vrij betrouwbare vergelijkingen voor plaats van overlijden te maken overheen de tijd en tussen landen, en deze te plaatsen ten opzichte van andere trends (vb. doodsoorzaken, leeftijd, leefsituatie).

6. Plaats van overlijden en geassocieerde factoren in België en Europa (Hoofdstuk 7 en 8)

In 2001 vond 54% van alle overlijdens in Vlaanderen plaats in het ziekenhuis; 20% stierf in een rusthuis (rob of rvt) en 24% stierf thuis (Hoofdstuk 7).

In 2003 was het aandeel overlijdens in een ziekenhuis in Vlaanderen gedaald tot 51.5% (Hoofdstuk 8). Er werden relatief grote verschillen gevonden tussen landen. In Nederland vond maar 34% van alle overlijdens plaats in het ziekenhuis, in Engeland (58%) en Schotland (58.5%) was dit aanzienlijk hoger, en het aandeel was bijna dubbel zo groot in Zweden en Wales (beiden 63%).

De plaats van overlijden werd eveneens onderzocht voor enkel de kankerpatiënten. In 2001 stierf 29% van deze patiënten in Vlaanderen thuis, 9% in een rusthuis, en 62% in een ziekenhuis (Hoofdstuk 7). In 2003 was het percentage kanker overlijdens in een ziekenhuis in Vlaanderen gedaald tot 59.5% (Hoofdstuk 8). Het bekijken van plaats van overlijden voor enkel de kankerpatiënten toonde ook nog grotere verschillen tussen landen aan dan de algemene verschillen. Het percentage overlijdens in ziekenhuizen binnen deze populatie varieerde van 31% in Nederland, en 49.5% in Engeland, tot 85% in Zweden.

We vonden vier types van factoren geassocieerd met de plaats van overlijden: klinische, socio-demografische, sociale ondersteuning, en kenmerken van gezondheidszorg.

Klinische

De onderliggende (terminale) ziekte beïnvloedde de kans om thuis, in een ziekenhuis, of in een

rusthuis te sterven (Hoofdstuk 7 en 8). Cardiovasculaire overlijdens vonden vaak thuis plaats, en kankerpatiënten (niet hematologisch) hadden meestal ook een goede kans om thuis te sterven (of buiten het ziekenhuis). Dit bleek echter wel sterk te variëren tussen de bestudeerde landen.

Socio-demografisch

Opvallende verschillen in plaats van overlijden werden gevonden tussen verschillende sociale groepen. Ten eerste bleek de kans om in Vlaanderen thuis te sterven (vergeleken met in een ziekenhuis) lichtjes af te nemen met leeftijd. Leeftijdsv verschillen kwamen voor in de verschillende bestudeerde landen, maar de grootte van deze verschillen bleek nogal landenspecifiek (Hoofdstuk 8). Ten tweede bleken mensen zonder hogere opleiding vaker in een ziekenhuis te sterven en minder vaak thuis. Bij de kankerpatiënten was dit scholingseffect nog sterker. Tot slot, bleken mensen woonachtig in verstedelijkte gebieden een hogere kans te hebben om in een ziekenhuis te sterven dan mensen in rurale of licht verstedelijkte gebieden.

Sociale ondersteuning/familie

Thuis sterven bleek veel minder waarschijnlijk voor iemand die alleen woont dan voor iemand die in een privé huishouden woont (i.e. met een potentiële mantelzorger).

Kenmerken gezondheidszorg

Een relatief groter aanbod van ziekenhuisbedden in een gezondheidsregio bleek de probabiliteit van ziekenhuisoverlijdens te verhogen.

Toch was het gevonden effect heel wat kleiner dan in eerder (Amerikaans) onderzoek. Een relatief groter aanbod van rusthuisbedden deed de kans op ziekenhuisoverlijdens dalen.

7. Crossnationale verschillen in plaats van overlijden: enige verklaring (Hoofdstuk 8)

De zeer duidelijke crossnationale verschillen in aandeel ziekenhuisoverlijdens tussen Vlaanderen, Nederland, Zweden, Schotland, Engeland en Wales waren nauwelijks te wijten aan (kleine) demografische verschillen of verschillen in doodsoorzaken tussen de bestudeerde landen.

Het aanbod van ziekenhuisbedden verklaarde, tegen onze verwachtingen gebaseerd op de literatuur, slechts een relatief klein gedeelte van crossnationale verschillen. Het aanbod rusthuisbedden verklaarde de crossnationale verschillen in grotere mate. Toch konden we ook hiermee niet volledig de crossnationale variatie in ziekenhuis- of niet-ziekenhuisoverlijdens verklaren. Andere factoren spelen duidelijk een rol en onze data suggereerden twee aanvullende verklaringen in deze context.

Ten eerste waren verschillen tussen landen bijzonder groot als we enkel naar de oudere patiënten keken. Dit suggereerde een landengedifferentieerd zorgbeleid en (doorverwijs) praktijk bij ouderen. Aanvullende analyses op Belgische en Nederlandse data wezen bijvoorbeeld duidelijk verschillende praktijken uit met betrekking tot het transfereren van ouderen van het rusthuis naar

het ziekenhuis voor het overlijden: ongeveer een zevende van de ouderen wonend in een Nederlands rusthuis stierf in een ziekenhuis tegen een vijfde van de ouderen wonend in een Vlaams rusthuis.

Ten tweede waren de crossnationale verschillen bijzonder groot als we keken naar specifieke ziektegroepen, vooral kankerpatiënten. Terwijl in Zweden kankerpatiënten zeer waarschijnlijk in een ziekenhuis stierven, hadden zij goede kansen om buiten het ziekenhuis te sterven in Nederland en Engeland. Ook m.b.t. deze patiëntengroep gelden dus andere zorg-, behandelings-, en doorverwijspraktijken in verschillende landen

DISCUSSIE/AANBEVELINGEN

In Hoofdstuk 9 worden eerst alle sterktes en zwaktes van de studies uit dit proefschrift kritisch geanalyseerd. Daarna worden de voornaamste resultaten samengevat en hun interpretatie bediscussieerd. Tot slot worden ook een aantal aanbevelingen voor gezondheidszorgbeleid, gezondheidszorgprofessionals, en voor toekomstig onderzoek gedistilleerd uit de onderzoeksresultaten. Wij zullen ons in deze samenvatting enkel op dit laatste focussen.

Aanbevelingen voor beleid

Gezien de snelle stijging van publieke euthanasie-aanvaarding is het waarschijnlijk dat de regulering van euthanasie publiek zal worden gedebatteerd in verschillende landen (zoals nu o.m. het geval in het Verenigd Koninkrijk). Hierbij kunnen een aantal

aanbevelingen worden gemaakt gebaseerd op de resultaten. Landen moeten hun eigen debat houden, eerder dan de Belgische of Nederlandse wet te willen overnemen, zodat er voldoende rekening kan worden gehouden met landenspecifieke traditie, geschiedenis,... Daarbij is het van belang verschillende actoren die elk hun specifieke bezorgdheden kunnen hebben te betrekken: zowel publiek als artsen, mensen met verschillende sociale achtergrond,...

Bovendien dient het debat binnen de gezondheidszorg zich niet uitsluitend te focussen op euthanasie. Andere mogelijk levensverkortende medische beslissingen aan het levenseinde zijn niet a priori probleemloos (ook al worden ze algemeen aanvaard als onderdeel van de standaard praktijk), en er wordt bij deze handelingen niet altijd voldaan aan de voorwaarden van goede en veilige praktijk. Ook deze handelingen zouden misschien gebaat zijn bij duidelijkere afspraken en/of protocollen om zo de kwaliteit van besluitvorming te verbeteren.

Er is bewijs dat er momenteel niet voldoende wordt gedaan om mensen in staat te stellen te overlijden waar ze verkiezen. Velen verkiezen thuis te sterven maar belanden in het ziekenhuis. Uit onze onderzoeksresultaten haalden we vier types van concrete beleidssuggesties: evaluatie, interventie, focus, en preventie.

Een eerste concrete aanbeveling is dat er een betere en crossnationale monitoring moet worden voorzien van plaats van overlijden, zodat niet alleen kan vergeleken worden met andere

landen (waaruit concrete beleidsacties kunnen worden gesuggereerd) en een focus op specifieke groepen kan worden bijgesteld, maar ook concrete beleidsacties kunnen worden geëvalueerd (evaluatie).

Om het aandeel mensen dat in ziekenhuizen overlijdt te beperken en meer mensen te laten sterven op de plaats van voorkeur moeten er goede alternatieven voor het ziekenhuis worden georganiseerd met goede levenseindezorg (vb. rusthuizen met voldoende palliatieve zorg, uitbouw en ondersteuning van palliatieve thuiszorg en ondersteuning van mantelzorg, hospices,...). Even belangrijk als het uitbouwen van goede alternatieven voor het ziekenhuis is het ontwikkelen van een palliatieve zorgcultuur, zodat o.m. ziekenhuisspecialisten ook effectief tijdig doorverwijzen naar deze alternatieven. Trainingen in palliatieve zorg en in communicatie, en betere implementatie van strategieën van zorgplanning kunnen hier heil brengen. (interventie)

Angezien er duidelijke sociale verschillen zijn in waar mensen sterven, is het belangrijk dat er een specifieke beleidsfocus wordt gericht op mogelijk benadeelde groepen. Zo kan een beter inzicht worden verworven in achterliggende redenen en kunnen strategieën worden ontwikkeld om tegemoet te komen aan noden en voorkeuren van specifieke populaties. (focus)

Tot slot, gezien de grote verschillen in medische besluitvorming aan het levenseinde naargelang de setting van levenseindezorg, lijkt het ons ook raadzaam een setting-specifieke ontwikkeling van goede zorg rond het

levenseinde na te streven. (preventie)

Aanbevelingen voor zorgverstrekkers

Voor artsen en andere professionele zorgverstrekkers formuleerden we volgende aanbevelingen:

- streven naar een reflexiviteit over de eigen bindingen en overtuigingen via duidelijke communicatie met patiënten over hun existentiële (en eventueel spirituele) bezorgdheden en noden
- tijdige, duidelijke, en gelijkwaardige communicatie met patiënten en een duidelijk verkennen van preferenties van patiënten, om op die manier keuzemogelijkheden te geven.
- goede communicatie ontwikkelen met mensen met verschillende sociale en culturele achtergronden (vb. via bijkomende training) om sociale inclusie na te streven in kwalitatieve levenseindezorg
- streven naar maximale coöperatie en coördinatie tussen alle zorgverstrekkers betrokken bij de zorg voor een stervende persoon (zowel thuis als in het ziekenhuis als in het rusthuis), zodat goede continuïteit wordt gewaarborgd.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Tot slot kunnen we stellen dat een aantal onderzoeksnoden onbeantwoord blijven na dit proefschrift. Zo is er nood een beter en verder begrip van attitudes (van zowel publiek als artsen) ten opzichte van verschillende medische beslissingen rond het levenseinde. Om beter de vraag te kunnen beantwoorden wat de determinanten zijn van de plaats van overlijden zijn analyses nodig die ook

“vervolg MEDISCHE BESLISSINGEN AAN HET LEVENSEINDE EN PLAATS VAN OVERLIJDEN IN BELGIË EN EUROPA”

aandacht hebben voor transities (of transfers) en die het overlijdensproces gedurende de laatste levensmaanden bekijken. Bovendien zou de effectiviteit van beleidsinterventies om de plaats van overlijden te beïnvloeden moeten worden nagegaan. Een belangrijk, nauwelijks verkend terrein in het levenseinde onderzoek is dat van sociale ongelijkheden. Aangezien er duidelijke aanwijzingen zijn van het bestaan van sociale ongelijkheden aan het levenseinde, is het van groot belang dat deze goed in kaart worden gebracht.

oorspronkelijke titel:

“End-of-life decisions and place of death in Belgium and Europe”

VUBPRESS, 2007

info@vubpress.be - www.vubpress.be

ISBN 978 5487 418 8 - NUR 883

Wettelijk depot D/2007/11.161/008



... vervolg van pagina 5

Hulp bij de zelfgekozen dood

Is de heimelijke praktijk van mensen die geneesmiddelen opsparen, zich suf piekeren over een pijnloze methode zoveel verhevener?

Van een Oosterse wijze – de naam is me ontsnapt – heb ik deze uitspraak, een soort gebed onthouden: ‘Help mij te veranderen wat veranderd moet worden, en te aanvaarden wat niet veranderd kan worden.’

Onze eindigheid is in weerwil van onze ongeneeslijke illusie van eeuwige jeugd en onsterfelijkheid, een feit dat uit te stellen maar niet af te schaffen is.

Beschaving betekent volgens mij onder meer het bestrijden van vermijdbare pijn en onwaardigheid. En daarnaast een optimale keuzevrijheid voor zover die geen aanslag pleegt op de keuzevrijheid van de andere(n): wie tot het inzicht is gekomen dat hij/zij een afsluiting of voltooiing heeft bereikt, moet de stap kunnen zetten die hier logischerwijze uit volgt. Een rijpe vrucht die aan de boom blijft hangen, kan alleen maar rotten of onherkenbaar leeg gepikt worden door de roofvogels van het verval.

door Staf De Wilde

“aan de rand”

over suïcide bij
ouderen,
door Staf De
Wilde

een begroeting in een kille
straat, zo'n draadje waarmee
zij aan het leven hangt al rafelt
de zoom steeds armzaliger

een aanraking zou de naad
weer drieggen, de scheuren lappen
in een verschoten kleed, een kous
ophalen die het afzakken niet kan laten

zij is overal te laat gereed:
in de rij, op een zebepad -
lichamen, voertuigen kennen
geen verschil: ze rennen, razen
haar voorbij - geen blik, jawel:

een vonnis onder een frons
noemt haar overbodig, een sta-
in-de-weg, een schimmel
op een blozende oogst, ze leest
de walging in hun ogen

draadjes laten met de dagen
los, nog een foto op een schoor-
steenmantel, een stolp over een
versteende lievevrouw: de kaarsen
waren alweer opgeslagen

een kille kamer, al ronkt
en bonkt het in de schouw
ze zal het uitvoeren dan maar:
zo'n vonnis drijft haar in het nauw



“Schriftelijke voorafgaande wilsverklaringen in Vlaanderen”

INLEIDING

Sinds 2002 is het mogelijk om een schriftelijke voorafgaande wilsverklaring (SVW) op te stellen, waarmee toekomstige medische beslissingen kunnen worden beïnvloed ingeval van wilsonbekwaamheid. Deze studie onderzocht de prevalentie en inhoud van SVW'en, de kenmerken van auteurs van SVW'en, welke aanleidingen of motieven geleid hebben tot het opstellen van een SVW en welke effectiviteit de auteurs hechten aan hun SVW. Tevens werd onderzocht in hoeverre naasten of hulpverleners betrokken zijn bij het opstellen van een SVW.

METHODE

Er werden 617 vragenlijsten verstuurd onder leden van Recht op Waardig Sterven en personen die hun SVW lieten registreren bij de Humanistisch-Vrijzinnige Vereniging.

RESULTATEN

De respons bedroeg 80,6%. Ongeveer vier vijfde van de respondenten had een SVW en de inhoud ervan strookte meestal met de modelformulieren. Auteurs van SVW'en hebben doorgaans een hoge leeftijd (mediaan: 68 jaar), een hoog opleidingsniveau en zijn meestal areligieus. Er zijn overwegend meer vrouwen dan mannen die een SVW hebben (65,6% versus 34,4%). Een ernstige ziekte of sterfgeval in de naaste omgeving gold het vaakst als concrete aanleiding voor het opstellen van een SVW (42,3%), het voorkomen van onnodig lijden het vaakst als algemene motivatie (37,2%). Bij een

SVW als het levenstestament werd er in 26,8% van de gevallen met de arts een expliciete afspraak gemaakt om de SVW te volgen, bij een euthanasieverklaring gebeurde dit in 22,5% van de gevallen. Vierenveertig procent van de auteurs betrok naasten bij het opstellen, 27% deed (ook) een beroep op professionele hulpverleners zoals artsen.

CONCLUSIES/AANBEVELINGEN

Een SVW lijkt enigszins een reactie te zijn tegen therapeutische hardnekkigheid of andere situaties van lijden en aftakeling. Om het gebruik van SVW'en bij de brede bevolking te bevorderen, kunnen voorlichtingscampagnes en een vereenvoudiging van de procedure om een euthanasieverklaring op te stellen nuttig zijn. In zulke campagnes dient er extra gefocust te worden op de oudere laagopgeleide bevolking en kan er tevens best worden benadrukt om een arts te betrekken bij het opstellen van een SVW, zodat de effectiviteit ervan verhoogd wordt. Vermits er amper diepgaande gesprekken worden gevoerd tussen arts en patiënt over (de effectiviteit van) SVW'en, kunnen best ook artsen hieromtrent gesensibiliseerd worden.

Volgende kwartaalblad verschijnt er een uitgebreid artikel.

Resultaten van een enquête bij de Humanistisch- Vrijzinnige Vereniging en Recht op Waardig Sterven. Niet-gepubliceerde eind-verhandeling, Brussel, Vrije Universiteit Brussel, 2e licentie Medisch-Sociale Wetenschappen, 2007.

Abstract uit de resultaten van een enquête door Sam Rys

“Uit de pers: Broeders van Liefde tegen euthanasie”

De congregatie Broeders van Liefde, die de meeste psychiatrische instellingen beheert, wil in haar voorzieningen geen euthanasie toepassen. Ze is wel bereid om de patiënt over te brengen naar een andere instelling.

Corry Hancké in “De Standaard” van 20.09.2007

Het standpunt van de Broeders van Liefde is niet nieuw, het is bij het personeel van hun instellingen bekend. Maar op de studiedag die op 27 september wordt gehouden, wil de congregatie haar adviezen over preventie van zelfdoding en over begeleiding bij een verzoek tot euthanasie duidelijk verwoorden. Ze vindt dat ze vanuit haar christelijke visie de uitvoering van euthanasie niet kan toelaten in haar instellingen en dat ze evenmin hulp kan geven bij zelfdoding. Maar tegelijkertijd zijn de Broeders bereid om een patiënt die een euthanasievraag verwoordt, eventueel over te brengen naar een andere instelling. Dat staat in het weekblad “De Huisarts”.

Koen Oosterlinck, de coördinator van de sector verzorgingsinstellingen van de Broeders van Liefde, vreest ervoor dat minderjarige psychiatrische patiënten of dementerende bejaarden het recht op leven wordt ontzegd. De Broeders van Liefde bezitten veertien psychiatrische ziekenhuizen. Naar schatting zestig procent van de 3.500 psychiatrische bedden in Vlaanderen wordt door hen beheerd. Oosterlinck zegt wel dat er bij zijn weten in de ziekenhuizen heel weinig vraag is naar euthanasie.

Volgens professor Wim Distelmans, specialist op het gebied van euthanasie, zijn de wettelijke regels ten aanzien van levensbeëindiging bij psychiatrische patiënten moeilijk toe te passen. De euthanasiewet geldt voor patiënten die lijden aan een ongeneeslijke aandoening, die veroorzaakt werd door een ziekte of ongeval. Alleen de wilsbeschikking van patiënten die handelingsbekwaam zijn, die met andere woorden inzicht

hebben in de problematiek van hun ziekte en haar behandeling, wordt aanvaard. En dat is het probleem met psychiatrische patiënten, die meestal niet handelingsbekwaam worden beschouwd.

Toch kunnen mensen die al jarenlang aan een manische depressie lijden, op bepaalde momenten van hun leven voldoende handelingsbekwaam zijn en beslissen dat zij ondraaglijk lijden, in een medisch uitzichtloze situatie verkeren en bijgevolg willen dat bij hen euthanasie wordt toegepast. “De aanvragen van dergelijke patiënten, die drie artsen hebben kunnen overtuigen dat ze hun leven willen beëindigen, werden aposteriori door de commissie Euthanasie goedgekeurd”, zegt Distelmans. “Maar het probleem is dat psychiatrische patiënten het zeer moeilijk hebben om de dokters ervan te overtuigen dat hun euthanasieaanvraag gemeend is”.

Jacinta De Roeck (Sp.a), die de problematiek van psychiatrische patiënten volgt, is uitermate tevreden dat de Broeders van Liefde een standpunt hebben ingenomen. Ze vindt het belangrijk dat de congregatie erkent dat er psychiatrische patiënten zijn met een vraag om euthanasie. Maar ze is van mening dat de visie van de congregatie om zulke patiënten door te verwijzen naar andere instellingen, er uiteindelijk toe zal leiden dat de patiënt zijn vraag om euthanasie niet meer zal herhalen.

“De patiënten met zware problemen zijn gehecht aan hun instelling en kunnen die nieuwe, vreemde omgeving niet aan. Daar is de kans groot dat ze zich zullen afsluiten. Zij kennen hun begeleiders niet,

waardoor de kans dat zij om euthanasie vragen klein is”, zegt De Roeck. Zij is voorstander van een systeem zoals in Nederland, waar de psychiaters een “beslissingsboom” hebben uitgewerkt, die aan de behandelende artsen methodes aanreikt die hen helpen om te beslissen of een psychiatrische patiënt mag sterven. Zij hoopt dat ook de Belgische psychiaters zullen samen

zitten om zo’n kader uit te werken.

De Roeck wijst erop dat psychiatrische patiënten van wie de vraag om euthanasie niet wordt ingewilligd, kunnen overgaan tot zelfdoding. In zo’n geval laten zij de verzorgers die hen zo goed begeleid hebben, achter met een enorm schuldgevoel.

“Uit de pers: Dokter van wacht”

“Patiënt of gevangene?”. In Lawrenceville, Georgia, werd de tiener Francisco Santos gearresteerd en in een isoleercel opgesloten omdat hij een behandeling weigerde en liever weer naar huis wou nadat bij hem TBC was vastgesteld. Hij mocht pas beschikken nadat artsen medicatie aan hem hadden opgedrongen. Francisco is het zoveelste voorval van ‘gunpoint medicine’ waarbij patiënten onder bedreiging van vuurwapens gedwongen worden te kiezen tussen de gevangenis of een behandeling met medicatie, chemotherapie, bestraling of zelf een operatie.

In het geval van Francisco kan het besmettelijke tuberculose nog beschouwd worden als een gevaar voor de volksgezondheid. Maar Kathie Wernecke was een kankerpatiënte die door de Texaanse autoriteiten gekidnapt werd en vervolgens aan gedwongen chemotherapie onderworpen werd (www.newstarget.com/016387.html, “State-sponsored medical terrorism”, 3 januari 2006). Ook haar ouders werden gearresteerd en uit hun ouderlijke rechten ontzet.

Hun misdaad: een veiligere en meer natuurlijke therapie voor hun kind wensen.

Hetzelfde overkwam de 16-jarige Abraham Cherrix, wiens lichaam zo slecht reageerde op een eerste chemobehandeling dat hij een tweede weigerde (www.newstarget.com/019617.html, “Forced poisoning of Abraham Cherrix”, 12 juli 2006). De behandelende arts lichtte de Child Protective Services (kinderbescherming) in die de ouders liet arresteren, het kind onder hun hoede plaatste en het een tweede chemotherapie opdroeg. Hij is nu verplicht om vier maal per jaar een verslag van zijn medische behandeling in te dienen bij het gerecht tot op het moment waarop hij 18 wordt ... of genezen wordt verklaard.

Deit alles kon zonder arrestatiebevel, zonder proces en zonder dat de patiënt een gevaar betekende voor anderen. Tot daar het zelfbeschikkingsrecht. Wie is het volgende slachtoffer? Worden binnenkort alle aids-patiënten in

Werner Ruts in
“De Huisarts”
van 13.09.2007

De site

www.
who
owns
your
body
.org

geeft op de
homepage ook
een duidelijk
en klaar
antwoord:
“Not you”.

kampen opgesloten? Is homofilie ook een ziekte? Trouwens, in november 2005 protesteerde de Amerikaanse overheid tegen de arrestatie van een dozijn homokoppels in de VAE en hun gedwongen hormonenbehandelingen psychiatrische therapie (<http://www.state.gov/r/pa/prs/ps/2005/57390.htm>). Durft u binnenkort nog te hoesten in het openbaar?

Ontnuchterende zoektocht

Uiteraard wil een mens hierover meer weten. Maar gemakkelijk is dat niet. Googlen op ‘gunpoint medicine’ leverde wel resultaten op, maar ook waarschuwingen voor ‘malware’. Het linken naar een pagina op www.heathfreedomreport.com leverde me volgend advies op: “Deze site bezoeken kan schade toebrengen aan uw computer! Ga terug naar de vorige pagina en kies een ander resultaat”. Zijn al die complottheorieën over desinformatie en manipulatie door de farmaceutische industrie dan toch waar?

In ieder geval, de vraag is: wie heeft het laatste woord omtrent ons eigen lichaam, en in uitbreiding hiervan, ons leven? Het artikel “Who Owns Your Body?” (Rick Weiss) op Scientific American schetst een donker beeld: de patiënt moet het afleggen (al dan niet letterlijk) tegen de farmaceutische industrie.

Zo oordeelde het Californische Hoogerechtshof dat John Moore – bij wie een specialist cellen met een therapeutisch potentieel had ontdekt waarop hij, zonder medeweten van Moore, een patent nam en de commerciële rechten ervan voor

miljoenen dollars doorverkocht aan een biotechnologischbedrijf – zelf geen eigendomsbelangen had in zijn lichaamsdelen. Typ de titel in het zoekvakje op www.sciam.com en browse door de resultaten. De site www.whoownsyourbody.org geeft op de homepage ook een duidelijk en klaar antwoord: “Not you”.

Wij beschouwen het zelfbeschikkingsrecht nochtans als iets vanzelfsprekends. Maar hoe ver mag men dit in medische toepassingsdomeinen doortrekken? Euthanasie, het doden van zwaar gehandicapte pasgeborenen als recht van de ouders, het gebruik van organen van patiënten in permanent vegetatieve toestand ... U mag vrij deelnemen aan de maatschappelijke discussies op www.echtvrij.be en www.ethics.be. Vooralsnog houdt er niemand een pistool tegen uw hoofd.

Links uit het artikel:

www.heathfreedomreport.com

www.sciam.com

www.whoownsyourbody.org

www.ethics.be.

www.echtvrij.be

“Hoe zijn lichaam aan de wetenschap nalaten?”

Indien een persoon zijn/haar lichaam aan de wetenschap wenst na te laten wordt hij/zij verzocht zich rechtstreeks tot de Universiteit naar zijn/haar keuze te wenden. De persoon zal duidelijk zijn/haar wens uitdrukken door middel van een eigenhandig schrijven, gedateerd en ondertekend. Hij/zij zal een kopie van dit document behouden en het origineel naar de gekozen Universiteit doorsturen.

De Universiteit zal een Ontvangstbewijs of een kaartje naar de gever/geefster sturen, dat zijn/haar identiteitskaart zal toevoegen zodat zijn/haar verwanten of erfgenamen er kennis van kunnen nemen. Bij het overlijden zullen de verwanten de wens van de overledene aan de gemeente mededelen en een kopie bezorgen van het document waardoor hij/zij zijn/haar wens heeft uitgedrukt om zijn/haar lichaam aan de wetenschap na te laten.

De universitaire ziekenhuizen moeten zo vlug mogelijk worden gewaarschuwd. Het stoffelijk overschot moet binnen de 48 uren na het overlijden worden overgebracht. De universitaire ziekenhuizen aanvaarden slechts de lichamen van personen die in België zijn overleden, voor zover ze geen autopsie moeten ondergaan.

De teraardebestelling heeft plaats wanneer alle studies werden uitgevoerd. Een tijdsduur van meerdere weken, maanden of zelfs jaren kan voorbijgaan tussen het nalaten van het lichaam en de teraardebestelling. Behalve indien de familie dit uitdrukkelijk heeft gevraagd worden de verwanten van de dag der teraardebestelling niet gewaarschuwd, maar alleen van de plaats waar het stoffelijk overschot ligt. Sommige ziekenhuizen stemmen erin toe om de begrafenis kosten volledig of gedeeltelijk te dragen.

“Commentaar op buitenlandse publicaties”

Waves News (Australia – Perth, June & September 2007)

bij gebrek aan enige wetgeving kampen sommige geneesheren met moeilijkheden: zelfdoding is ginds niet strafbaar doch “geholpen” zelfdoding wel! De zieken moeten hulp zoeken in andere werelddelen zoals Mexico of Zwitserland!

World Right-to-Die Newsletter (Canada – Toronto Summer 2007)

Hoofdartikel over het proces in Périgueux met dr. Tramois en verpleegster Chanel met manifest - verklaring van 2.134 geneesheren vragende naar depenalisering van euthanasie. Verder wordt benadrukt dat in vele landen

van de E.U. de wetgeving euthanasie en uiterste wilsverklaringen toelaat. Verder in de wereld: mogelijkheid tot versoepeling van de wetgeving in Colombia doch algeheel verbod in het Midden-Oosten, de Arabische wereld en Australië. De U.S.A. blijven een probleem waar er héél veel contra is ...

Japan Society for Dying with Dignity (March & June 2007)

blijft ook een land met problemen. De wetgeving voorziet daar niets en de leken geneesheren trachten een compromis te vinden met de wetgever. Het ministerie van gezondheid bestudeert wetsvoorstellen.

samenstelling en vertaling Jean Vroman

“Mantelmeeuw”

Thérèse van Altena-Laurant, inwonster van Kalenberg heeft een ontroerend boek geschreven: ‘Mantelmeeuw’ (Een ‘dood’gewoon verhaal.) ‘Mantelmeeuw’ is een verhaal over de periode van 17 maanden die tussen de diagnose ‘kanker’ en het overlijden van haar man Ferdinand van Altena verstrijkt. Het is een tijd van vechten, vallen en weer opkrabbelen, maar ook een tijd van humor en absurditeiten, van acceptatie en van de uiteindelijke overgave. ‘Mantelmeeuw’ vertelt ook over de eerste chaotische maanden na het overlijden van Ferdinand van Altena, maanden waarin de absurditeiten gewoon door leken te gaan.

Sinds 1996 woont Thérèse in Kalenberg. Zij en Ferdinand waren destijds direct verliefd op de woonboerderij aan de Kalenbergergracht en ze zijn altijd blij geweest met de beslissing om juist in Kalenberg te gaan wonen. Het prachtige gebied, de veiligheid, de vriendelijkheid en behulpzaamheid van de mensen wogen ruimschoots op tegen de afstand naar hun werk in Amsterdam. Thérèse is choreografe bij het Internationaal Danstheater en Ferdinand was mede-oprichter van dit bekende Nederlandse dansgezelschap.

Op 26 december 2004 waren ze op vakantie in Sri Lanka, toen het gebied werd getroffen door de Tsunami. Ze overleefden deze ramp ternauwernood en bivakkeerden de eerste dagen na de Tsunami in de jungle. Terug in Nederland weten ze de vermoeidheid en de beroerdheid van Ferdinand aan de erbarmelijke omstandigheden in de jungle. Echter korte tijd later kreeg Ferdinand te horen dat hij ongeneeslijk ziek was. Kanker met uitzaaiingen. Voor Ferdinand het sein om zich meteen te verdiepen in de mogelijkheden van euthanasie.

Een van de redenen waarom Thérèse dit boek schreef is omdat de meeste mensen absoluut niet weten hoe euthanasie in werkelijkheid gaat. Zij heeft er zo open mogelijk over geschreven. ‘Mantelmeeuw’ is geen ‘kanker’boek, geen medische verhandeling. Het is een roman met een ziel. Een andere, belangrijke reden om ‘Mantelmeeuw’ te schrijven, was het feit dat ze zelf in de beschreven periode erg gezocht hebben naar verhalen van andere mensen die gelijke ervaringen hadden. Ervaringen met kanker, chemotherapie, mantelzorg, euthanasie en afscheid van een partner.

Ondanks de sombere prognoses kwam er voor Ferdinand toch nog een aantal goede periodes. Periodes waarin zij volop genoten van elkaar, van het leven, van een goed glas wijn, van hun grote vriendenkring en ook van nog twee maal een vakantie in hun geliefde Thailand. Na 26 jaar samen te hebben gewoond zijn ze ook nog getrouwd, met een speciale ontheffing kon dit huwelijk worden voltrokken in hun eigen tuin in Kalenberg.

Thérèse beschrijft humorvol de soms hilarische taferelen, ze beschrijft op ontroerende wijze de moeite die zij heeft om haar man los te kunnen laten, over de niet aflatende stroom bezoekers die afscheid kwam nemen, over de vele flessen rosé en andere wijnen die als troost werden opengetrokken. Thérèse beschrijft op een vlotte en beeldende manier de perikelen en problemen rondom de crematie en over gevaarlijke valkuilen waar ze net niet inviel.

‘Mantelmeeuw’ is een aangrijpend verhaal met veel humor en zelfspot, van een vrouw die van de ene dag op de andere mantelzorger wordt. Een ‘dood’gewoon verhaal over wat ons allemaal kan overkomen.

Mantelmeeuw

ISBN: 978-90-812224-1-9
14,95 euro

www.
mantelmeeuw.
nl

Thérèse van
Altena-Laurant

“Uit de pers:

Twee derde patiënten verhuist in laatste drie levensmaanden”

Twee op de drie zieke patiënten verhuizen in de laatste drie maanden voor hun overlijden nog minstens één keer tussen hun huis, ziekenhuis, rusthuis of palliatieve eenheid. Vooral vlak voor hun dood gebeurt dat. Dat blijkt uit de eerste grootschalige studie van de vakgroep Zorg rond het Levensende van de VUB.

De onderzoekers bestudeerden de situatie van bijna negenhonderd patiënten tijdens de laatste drie maanden van hun leven. Ze baseerden zich daarvoor op gegevens verzameld via een representatief staal huisartsen. Bijna 40 procent van de onderzochte mensen verhuisde één keer in die periode, 10 procent van hen zelfs drie keer of meer.

De meeste verplaatsingen kwamen voor bij patiënten die drie maanden voor hun overlijden thuis verbleven in vergelijking met rusthuisbewoners. Als de zieke patiënten verhuist werden, gebeurde dat in 80 procent van de bestudeerde gevallen tijdens de laatste maand van hun leven, bij een derde

zelfs tijdens de laatste week.

Opmerkelijk is ook dat veel zieke patiënten nog tijdens de laatste weken voor hun dood worden opgenomen in het ziekenhuis. Veertig procent van de onderzochte mensen sterft ook daar. Palliatieve zorgeenheden worden enkel tijdens de laatste dagen of weken gebruikt, 10 procent van de bestudeerde groep overlijdt er.

“Wat ons verontrust, is dat het aantal verplaatsingen vooral sterkt toeneemt vlak voor het levensende”, verduidelijkt professor Luc Deliens. “Zowel voor de patiënt als zijn omgeving is dat heel belastend. Continuïteit van de zorg is ook heel belangrijk voor de patiënt”.

Volgens de onderzoekers is er een aangepast beleid nodig om het aantal nodeloze verplaatsingen van stervende patiënten te verminderen.

N.C. in
“De Morgen”
van 30.10.2007

“Jaarlijkse bevestiging”

Mits overschrijving van 20 euro (individueel), 30 euro (familiaal: verschillende personen op éénzelfde adres), 10 euro (sociaal: studenten, werkzoekenden, bestaansminimum, met attest) kan u de jaarlijkse wilsbeschikking bevestigen. Gebruik hiervoor bij voorkeur onderstaand overschrijvingsformulier. Het verenigingsjaar loopt van 1.1 tot 31.12 en wordt geïllustreerd door een **jaarzegel**.

U wordt dus vriendelijk verzocht het lidgeld te storten rond de jaarwisseling, ongeacht de datum van de eerste aansluiting. Wie tijdens het tweede semester toetrad kreeg alle kwartaalbladen van het lopende jaar toegestuurd. Nieuwe leden, vanaf 1.11.2007 worden automatisch ingeschreven voor 2008 en ontvangen tevens dit kwartaalblad.

Wil u zo vriendelijk zijn om de precieze naam (eigenaam, geboortenaam) te vermelden op het overschrijvingsformulier: dat vermijdt ons veel nutteloos zoekwerk! Het overschrijvingsformulier dient overhandigd aan uw bank of post (niet naar ons versturen!) Na ontvangst worden de zegels en kaartjes voor 2008 ogenblikkelijk verstuurd. Wij beschikken ook nog over exemplaren van de drie laatste kwartaalbladen: die worden gratis verstuurd op simpele vraag (zolang de voorraad strekt).

“Maandelijkse permanentie”

Zoals inmiddels geweten houden wij een maandelijkse permanentie de eerste donderdag van elke maand van 14u. tot 17u. op volgende locatie: Internationaal Perscentrum Vlaanderen (IPV), Grote Markt 40, 2000 Antwerpen. Dus op 6/12, 3/01, 7/02 enz ... (Per uitzondering was er geen permanentie op 1/11 wegens “Allerheiligen”)

De vergaderzaal bevindt zich op de 2de verdieping; mogelijke toegang voor minder validen (lift). Persoonlijke afspraak op de zetel der vereniging blijft mogelijk.

Routebeschrijving: vanuit het Centraal Station: tram 10 of 11 Gemeentestraat, richting Centrum, halte Melkmarkt. Metro: lijn 2 of 15 richting Linkeroever, halte Groenplaats. Met de auto liefst via de kaaien tot het Steenplein, rechtover de kathedraal. Verschillende parkeermogelijkheden in de onmiddellijke buurt.

“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”

Africa

South Africa

SAVES

Zimbabwe

Final Exit

Asia

India

The Society for the Right to Die with Dignity

Japan

Japan Society for Dying with Dignity

Europe

Belgium

Assoc. pour le Droit de Mourir dans la Dignite (A.D.M.D)

Recht op Waardig Sterven (R.W.S.)

Denmark

En Vaerdig Død

England

Dignity In Dying

Europe

Right to Die Europe (RtD-E)

Finland

EXITUS ry

Pro Gratia Humana

France

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignite (ADMD)

Germany

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben eV (DGHS)

Israel

LILACH: The Israel Society for the Right to Live and Die with Dignity

Italy

EXIT - Italia

Libera Uscita

Luxembourg

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignite (ADMD-I)

Netherlands

NVVE Right to Die - NL

Norway

Foreningen Retten til en Verdig Død

Scotland

Friends at the End (FATE)

Spain

Derecho a Morir Dignamente (D.M.D.)

Sweden

Rätten Till Vår Död (R.T.V.D.)

Switzerland

EXIT Association pour le Droit de Mourir dans la Dignite (Suisse Romande)

EXIT Vereinigung für humanes Sterben

North America

Canada

Choices in Dying Society

Dying with Dignity

Right to Die Society of Canada

USA

Autonomy

Compassion and Choices

Death With Dignity National Center

End of Life Choices, Florida

Euthanasia Research & Guidance Org (ERGO!)

Final Exit Network

Oceania

Australia

Dying With Dignity Tasmania

Dying With Dignity Victoria

Northern Territory Voluntary Euthanasia Society

South Australian Voluntary Euthanasia Society

Voluntary Euthanasia Society of New South Wales

Voluntary Euthanasia Society of Queensland

West Australia Voluntary Euthanasia Society

New Zealand

Dignity NZ Trust

Voluntary Euthanasia Society of New Zealand

South America

Colombia

Fundacion Pro Derecho a Morir Dignamente

Venezuela

Derecho a Morir con Dignidad - Venezuelan

Association Right to Die with Dignity

Meer informatie (postadres, tel, fax, e-mail, internet)
via het secretariaat van RWS of online op de site
<http://www.worldrtd.net/members/>
