



Arteveldehogeschool
Katholiek Hoger Onderwijs Gent
Opleiding Bachelor in de Verpleegkunde.
Campus Kantienberg
Voetweg 66,
BE-9000 Gent

Voltooid leven: What's in a name?

Inzichten en tips voor allen met een hart voor ouderen.

Promotor: mevrouw C. De Bosschere
de heer P. Laevens

Academiejaar: 2018 - 2019

Bachelorproef voorgedragen door:
Astrid SEYNS
tot het bekomen van de graad van Bachelor in de
Verpleegkunde



Arteveldehogeschool
Katholiek Hoger Onderwijs Gent
Opleiding Bachelor in de Verpleegkunde.
Campus Kantienberg
Voetweg 66,
BE-9000 Gent

Voltooid leven: What's in a name?

Inzichten en tips voor allen met een hart voor ouderen.

Promotor: mevrouw C. De Bosschere
de heer P. Laevens

Academiejaar: 2018 - 2019

Bachelorproef voorgedragen door:
Astrid SEYNS
tot het bekomen van de graad van Bachelor in de
Verpleegkunde

Abstract

Promotiejaar	2019
Student	Astrid Seyns
Externe promotor	Dhr. Dr. Patrick Laevens
Interne promotor	Mevr. Christine De Bosschere
Trefwoorden	Voltooid leven, levensmoeheid, omgaan met

Probleemstelling: Een groep van oudere mensen vindt zijn plaats niet langer in het leven en voelt zich niet geïncorporeerd in de maatschappij. Het debat gaat op om zelf het levenseinde in handen te nemen.

Onderzoeksvraag: Wat is 'voltooid leven' en wat zijn mogelijkheden om om te gaan met 'voltooid leven'?

Methode: Een exploratie van het onderwerp d.m.v. een literatuurstudie.

Conclusie: 'Voltooid leven' definiëren ondergraaft de complexiteit ervan. Els Van Wijngaarden haar definitie komt dan misschien nog het dichtst in de buurt, omdat zij haar definitie formuleerde door middel van een proberen begrijpen en niet een proberen verklaren. Er is moeilijk een antwoord te formuleren op welke aanpak het meeste slaagkans heeft om 'voltooid leven' te voorkomen of terug te draaien, maar we vonden in de studie wel een aantal hoopvolle praktijken.

Inhoudsopgave

Abstract	5
Inhoudsopgave	6
Dankwoord	7
‘Rust’ (Vroman, L., 2015)	6
1 Introductie	7
1.1 Probleemstelling.....	7
1.2 Opbouw en onderzoeksvragen	9
2 Methode	11
3 Literatuurstudie	12
3.1 Wat valt onder de noemer voltooid leven?	12
3.1.1 Definiëring: wat is voltooid leven?	12
3.1.2 Wat is voltooid leven niet?.....	15
3.1.3 Casussen.....	18
3.1.4 Voltooid leven in de actualiteit.....	23
3.1.5 Kader rond actualiteit	29
4 Praktijkuitwerking	32
4.1 Fundamenten van ‘voltooid leven’ en aanbevelingen	32
4.2 Good practices.....	35
4.2.1 Microniveau.....	35
4.2.2 Mesoniveau	43
4.2.3 Macroniveau.....	48
4.3 Instrument in de praktijk	50
5 Discussie	51
6 Conclusie.....	53
Literatuurlijst	55
Bijlagenlijst	59
Bijlagen.....	60
Wet betreffende de euthanasie.	60
Praktijkuitwerking: Folder	66

Dankwoord

Een bachelorproef maak je niet alleen, maar doe je met beide voeten in het ruime werkveld. Bedankt aan mevrouw De Bosschere om mij wegwijs te maken doorheen de activiteiten, nieuwe publicaties en een aanspreekpunt te zijn met vele contacten binnen het sociale werkveld. Bedankt aan Patrick Laevens om klaar te staan met een arsenaal van praktijkervaren theorie, maar ook om een voorbeeld te zijn over hoe die theorie er in de praktijk uitziet. Beide promotoren, interne promotor Christine De Bosschere en externe promotor Patrick Laevens, waren een katalysator voor dit werk door klaar te staan met veel geduld en motiverende overleggesprekken.

Ook het WZC 'De Weister', waar Patrick werkt, was een natuurlijke bron van informatie door hun interesse in het onderwerp. Een werkplaats die open staat voor discussie en zo samen werkt aan de beste uitkomst.

Verder wil ik graag mijn ouders bedanken, zonder hen had ik deze studie nooit kunnen beginnen. Bedankt mama, om zo een goed voorbeeld te zijn van hoe een geweldige verpleegkundige er uit ziet.

Tot slot wil ik nog vele betrokkenen bedanken: Noa Dekocker voor creatieve bijstand, mijn kotgenotes die hun kamer ter beschikking stelden wanneer ik een verandering van werkomgeving nodig had, mijn aspi-leden die zeer gedreven waren in de opvolging van mijn timemanagement en mij vrienden die er altijd zijn, door dik en dun.

“Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd”.

Gent, augustus 2019

'Rust' (Vroman, L., 2015)

Ik vind het niet prettig meer,
al die dingen.
En dan ook nog al dat bewegen,

dat loopt maar heen en zelfs weer,
en dan nog dat springen,
ik kan er niet meer tegen.

O als dit brave stille bed
toch van gras, zacht gras
dat bloeide maar niet bewoog

en samen met mij, net
als een foto was,
en het gras zo, zo hoog

en ik dan daarin lag
met een opengeslagen
boek, maar niet las,

zaterdag, zondag, maandag,
vijftig, zestig dagen,
dan pas, dan pas.

1 **Introductie**

Studenten verpleegkunde lopen normatief een stage thuisverpleging. Ik dus ook. Wat me opviel, is dat er vaak alleen werd langsgedaan om steunkousen aan of af te doen, of om oogdruppels toe te dienen. Bij dergelijk een bezoek duurt het inscannen van een identiteitskaart dan langer dan de handeling zelf. Dat was me zeker niet teveel gevraagd, maar ik voelde dat er iets wrong. Waarom helpen burens elkaar niet meer? Waarom wordt hiervoor professionele hulp ingeschakeld?

Het valt me op dat we onze hagen steeds hoger laten groeien en dat dingen zoals een gesprek met de buurvrouw over het muurtje steeds meer een zeldzaam klein geluk wordt.

Onder andere hierdoor klonk het bachelorproefonderwerp “Hoe gaan we om met voltooid leven?” me als een uitnodiging.

1.1 **Probleemstelling**

“Ik ben nooit klaar met leven!” roept ethicus Frits De Lange (2010) uit. Hij ondervraagt zichzelf: “Blijft mijn leven niet per definitie een onvoltooid, net als de symfonie van Schubert? Zoveel plannen niet uitgevoerd, zoveel projecten onvoltooid. Ben ik niet een reservoir vol ongeleefde levens?” “Ik klaar? Nooit!” Zo besluit hij. Bedenking volgt echter zijn antwoorden op: “Er wringt iets aan mijn ferme antwoord, want niet alleen heb ik, gezond van lijf en leden en met lieve mensen om me heen, makkelijk praten. Ook trek ik de lijn van nu zomaar door naar later. Maar weet ik werkelijk wat het betekent om over dertig jaar met een vervallen lijf elke morgen een lege dag voor me te hebben, niemand meer die iets van mij verwacht of van mij wil, mijn eigen generatie uitgestorven is? Weet ik hoe het voelt ‘mijn tijd gehad te hebben’?” Hij besluit opnieuw. Deze keer klinkt het anders: “Wanneer ik het heb over mijn ‘oudere ik’, is dat dan niet een volslagen onbekende? Is de ouderdom niet een vreemd land, met een vreemde taal waarvoor je niet op cursus kunt, maar die je alleen leert door er zelf naar toe te immigreren?”

Els Van Wijngaarden (2016) schrijft in de introductie van haar boek *Voltooid leven, over leven en willen sterven*, waarin ze diepte-interviews afneemt met ouderen die zich aangesproken voelen wanneer de term voltooid leven valt: “De hoofdpersonages in dit boek zijn ouderen. Toch gaat dit fenomeen over ons allemaal. De ouderdom confronteert ons met het feit dat we allemaal onherroepelijk ouder worden en dat er veel dingen in het leven zijn waar we geen grip op hebben. Ten diepste confronteert ouder worden ons met onze eindigheid. In zijn boek *Loving later life* (2015) schrijft ethicus Frits De Lange: ‘Love your aging neighbour as you love your aging self.’ Dit is geen sinecure. Hoewel ouderdom in de ene cultuur veel hoger gewaardeerd wordt dan in de andere, is de afschuif van de aftakeling van de ouderdom iets van alle tijden. Om de verlangens en de angst van ouderen enigszins te kunnen begrijpen, is het misschien wel een voorwaarde om eerst in het reine te komen met onze eigen angsten voor de ouderdom en de dood” (van Wijngaarden, 2016).

Mevrouw van Wijngaarden wil door het schrijven van haar boek de beleving van voltooid leven beter begrijpen. Waarom dit een thema is dat ons allen aanbelangt (cf. supra) ontvouwt zij

reeds in het begin. Het kon niet beter verwoord worden. Ze gaat verder door te schrijven dat de kernvraag van haar onderzoek dan ook daar ligt: “Hoe gaan we, als individu en als samenleving, om met ouderdom en de dood?”

Ook in deze bachelorproef ligt het zwaartepunt onder andere daar. Dit en ook: “Hoe kunnen we er anders mee omgaan?”:

Oorzaken die het gevoel van een voltooid leven voeden, zijn uitdagingen die ons niet onbekend zijn. Ongeacht onze leeftijd, botsen wij allemaal wel eens tegen eenzaamheid, angst en miscommunicatie. Dit zijn nu net drie zaken die het complex gegeven van ‘voltooid leven’ voeden. Toch blijkt dat er extra valkuilen zijn bij ouderen of in de ouderenzorg.

Wereldwijd is het onderzoek niet representatief, maar in België maakte Kaat Wyckstandt in het academiejaar 2017-2018 de masterproef met de titel “Prevalentie en risicofactoren van een doodswens bij ouderen”. Hierin ging zij via een literatuurstudie op zoek naar cijfermateriaal over een doodswens bij ouderen met een leeftijd hoger dan 75 jaar binnen de Westerse samenleving. Promotor van deze masterproef is Nele Van Den Noortgate, die verder in deze bachelorproef nog zal terugkomen omdat de geriater zich in België toelegt op het onderwerp ‘voltooid leven’. Wyckstandts resultaten schetsen hier de omvang van de uitdaging ‘voltooid leven’:

“De prevalentie van een doodswens bij ouderen in een Westerse samenleving ligt om en bij de 5-10%. Een aantal factoren blijken geassocieerd met een doodswens. Het gaat om het voorkomen van een depressie of depressieve symptomen, ervaren van hopeloosheid en stress, de dood zien als een verlossing, minder angst ten opzichte van de dood, onverschilligheid ten opzichte van het leven, verlies aan zingeving, gevoel van verminderde samenhang van het leven, een hartaanval, spraakbeperkingen, gevoel van verminderde controle, een gebrek aan sociale steun, socio-economische status, somatische symptomen, een posttraumatische stressstoornis en problemen met de slaap. Een aantal factoren blijken niet geassocieerd met een doodswens. Het gaat om een angststoornis, een negatieve evaluatie van de psychische gezondheid, religieuze beleving, graad van opleiding, graad van urbanisatie, etniciteit, geografische regio, valproblematiek, een beroerte en het doormaken van bepaalde levensgebeurtenissen. Over heel wat factoren kan in de literatuur geen consensus over een mogelijke associatie met een doodswens teruggevonden worden. Het gaat om urinaire incontinentie, eenzaamheid en gerelateerde factoren (sociaal netwerk, sociaal functioneren, activiteitsniveau), leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, residentie, inkomen, gezinssamenstelling, cognitieve status, aantal chronische aandoeningen, eigen evaluatie fysieke gezondheid, functioneel vermogen, pijn en beperkingen van zicht en gehoor” (Wyckstandt, 2017-2018).

1.2 Opbouw en onderzoeksvragen

Op zoek gaan naar een oplossing kan alleen maar als het probleem goed doorgrond is. Dus wordt er eerst op zoek gegaan naar waarover 'voltooid leven' spreekt. Welke definities er momenteel aan gegeven worden. Hierop aansluitend wordt ingegaan waar juist deze definities te kort schieten. Daardoor wordt duidelijk waarom 'voltooid leven' niet zomaar in één ademteug benoemd kan worden en waar de complexiteit schuil gaat. Fundamenten van de uitdaging 'voltooid leven' worden blootgelegd in zowel de definiëring als het onvermogen een definitie uit te denken die alles omsluit. Omdat definiëring moeilijk allesomvattend is, worden er casussen bijgehaald.

'Voltooid leven' groeide als concept door toenemende belangstelling in het fenomeen en dus ook toenemende besprokenheid. Binnen het onderwerp is er namelijk niet uitsluitend een perspectief vrijgehouden voor de medische wereld. Er komt veel ethiek bij kijken en het bestaan van ethiek leunt nu eenmaal op vele meedenkende geesten. De mening van dokter, mantelzorger, betrokken burger en protagonist in het verhaal van een voltooid leven zorgden ervoor dat 'voltooid leven' recent een hot topic werd. De openlijke discussie in de actualiteit is het vierde punt dat daarom wordt aangesneden. In die discussie kaapt het wettelijke kader een hoofdmoot. Verduidelijking over het huidige wettige kader is dan ook wat volgt.

Een antwoord over goed en slecht, juist of fout zal u hier niet terug vinden. Daarvoor is één student, te weinig ervaren. Wel blijkt dat er (nu nog) geen wetsaanpassing kan gebeuren omtrent het gegeven euthanasie en 'voltooid leven'. Na het stuk actualiteit gaan we op zoek naar wat tegenspelers zijn van het fenomeen. Hoe kan er aan preventie gedaan worden? Waar is er verbetering mogelijk? Hoe spreek je 'voltooid leven' aan, wanneer het je vragend in de ogen kijkt?

Zoeken naar mogelijke oplossingen doen we zowel op micro-, meso-, als macroniveau. Het gaat over begeleiden en aan preventiepromotie doen, maar ook over signaleren naar hogere instanties.

In deze bachelorproef wordt zo volledig mogelijk een antwoord gegeven op volgende vraag:

Wat zijn mogelijkheden om preventief en curatief om te gaan met (een persoon met) 'voltooid leven'?

Om daartoe te komen worden volgende deelvragen eerst behandeld:

1. Wat is voltooid leven?
2. Welke standpunten worden ingenomen in de euthanasiediscussie over 'voltooid leven'?

Als laatste wordt deze bachelorproef in een gecomprimeerde versie aangeboden op vraag van mijn externe promotor Patrick Laevens en WZC De Weister in Aalbeke. Deze folder zou moeten

bijdragen in de praktijk door de uitdaging 'voltooid leven' te sensibiliseren. De complexiteit van 'voltooid leven' wordt ondersteunt door informatie aan te bieden. Daarnaast worden in de folder ook bruikbare tips aangeboden. Zo wordt deze bachelorproef hanteerbaar in de praktijk.

2 Methode

De zoektocht begon op wetenschappelijke databanken, zoals Pubmed, via de MeSH-termen 'completed life' en 'tired of living'. Helaas bleek dat er rondom dit onderwerp weinig publicaties zijn op internationale databanken.

Waarom is dit? Het concept 'voltooid leven' groeide doordat het recent het onderwerp van discussie was rondom de wijziging van de euthanasiewet in zowel België als Nederland. Van het bestaan van de euthanasiewet schrikken wij niet meer op, maar we moeten wel in gedachten houden dat er slechts 5 landen ter wereld zijn die een euthanasiewet hebben. En dus slechts in die landen zo een discussie tot aanpassing kan gevoerd worden. Die landen zijn: Nederland, Luxemburg, Canada, Colombia en België.

Waarschijnlijk hierom situeert de draaispil van het onderzoek rondom 'voltooid leven' zich voornamelijk in de lage landen België en Nederland.

De verkenning van het onderwerp gebeurde via krant – en tijdschriftartikelen. Deze hield ik zelf bij. Ook het krantenarchief werd geraadpleegd via GoPress. De discussie rond voltooid leven en de euthanasiewet wordt opgevoerd in het publieke oog. Door het inlezen in het onderwerp en ondervinden wie zich vooral toelegt op het onderwerp in België en in Nederland via de media, kon de literatuurstudie toch van start gaan. Artikelen, boeken en publicaties werden gevonden door bibliotheekbezoeken, mediatheekbezoeken, online, via de sneeuwbalmethode en via sturing vanuit het werkveld.

In het eerste grote deel gaan we op zoek naar wat de definitie van voltooid leven precies is. Verzameling van verschillende interpretaties volgt uit een grondige literatuurstudie. Vervolgens zorgt de media en het publieke debat, die hier toch een grote rol in speelt, voor een overzicht van standpunten in de recente discussie.

Voor de praktijkuitwerking wordt gestart vanuit conclusies uit onderzoeken naar 'voltooid leven' die aanraden waar het verschil zou kunnen liggen. Concreet is er nog geen antwoord geformuleerd op de vraag wat nu precies het medicijn is tegen voltooid leven, maar we gaan wel op zoek naar praktijkvoorbeelden die de antagonist zijn van oorzaken en fundamenteën van een gevoel van een voltooid leven te hebben. Die aanbevelingen werden vooral gevonden tijdens de literatuurstudie uit het eerste deel en praktijkaanbevelingen.

3 Literatuurstudie

3.1 Wat valt onder de noemer voltooid leven?

3.1.1 Definiëring: wat is voltooid leven?

Voltooid leven als fenomeen kan overal ter wereld voorkomen. Echter vinden we er in de literatuur en onderzoek overwegend in België en Nederland iets over terug. Heel vreemd is dat niet. De vraag naar verduidelijking en definiëring kwam in een stroomversnelling door de discussie rondom een wijziging in de wet. De wet omtrent euthanasie en levens einde meer bepaald. De prominentie van Nederland en België in het onderzoek is er dan makkelijk aan te koppelen aangezien het twee van de vijf landen zijn ter wereld die überhaupt een euthanasiewet heeft. Die overige drie landen zijn dan Luxemburg, Canada en Colombia. Definiëring zijn dan ook vooral door Belgische en Nederlandse auteurs terug te vinden.

Els Van Wijngaarden (2016) botste op veel vragen nadat zij via de film *'ongeneselijk oud'* in contact kwam met 'voltooid leven'. Zij besloot een kwalitatief onderzoek op te zetten. De vorm werd een fenomenologisch onderzoek. De opzet van zo een onderzoek is dan niet om te verklaren noch concepten te toetsen; Wel om verschijnselen te beschrijven en er inzicht in te krijgen. Begrijpen hoe voltooid leven leeft. Als essentie van het fenomeen voltooid leven formuleert Els Van Wijngaarden (2016) het volgende:

'Voltooid leven' kan worden omschreven als een kluwen van onvermogen en onwil om nog langer verbinding te maken met het leven. Dit proces van losraken en vervreemding (van de wereld en van zichzelf) levert permanente innerlijke spanning en verzet op, en versterkt het verlangen om het leven te beëindigen. De volgende vijf thema's spelen – in meer of mindere mate – in alle verhalen een rol:

- Een diep gevoel van existentiële eenzaamheid;
- Het gevoel er niet meer toe te doen;
- Een groeiend onvermogen om zich te uiten op een wijze die kenmerkend voor de persoon was;
- Geestelijke en lichamelijke moeheid van het leven;
- Een innerlijke afkeer en weerzin ten aanzien van (gevreemde) afhankelijkheid.

Belangrijk te vermelden dat Els van Wijngaarden deze thema's terug vond bij personen van verschillende leeftijden: van 66 tot 99; personen met verschillende religies en mensen van verschillende geslachten.

‘Uit Vrije Wil’ is een Nederlands burgerinitiatief gestart in 2010 die streeft naar de legalisatie van stervenshulp aan ouderen wanneer die ouderen hun leven voltooid achten. Voltooid leven definiëren zij als volgt:

Meestal wordt men ouder met genoegen. Echter, op enig moment kan iemand tot de conclusie komen dat de waarde en de zin van ons leven zodanig zijn afgenomen dat die persoon de dood gaat verkiezen boven het leven. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend: geen mogelijkheden meer zien tot een zinvol leven, het gevoel hebben zichzelf te overleven, het gevoel hebben dat alles van waarde achter zich ligt en alleen nog leegte resteert, afhankelijk zijn van hulp, het verliezen van regie over het leven, geconfronteerd worden met fysieke ontluistering en een onomkeerbaar verlies van persoonlijke waardigheid. (d’Ancona et al., s.d.)

In België gebruikten een aantal Vlaamse experts uit de Werkgroep ‘palliatieve zorg en Geriatrie’ van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen de duidelijke definitie van levensmoeheid door Evelien Delbeke (2012). De werkgroep kiest voor deze definitie omdat de aanwezigheid van lijden een noodzakelijk kenmerk van levensmoeheid is en volgens deze formulering centraal staat (Van Den Noortgate et al, 2016). Evelien Delbeke (2012) formuleerde deze definitie in haar doctoraatsproject ‘Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde’ :

Levensmoeheid is een psychisch lijden van een persoon die door (een combinatie van) medische en/of niet-medische factoren geen of slechts gebrekkige levenskwaliteit (meer) ervaart en als gevolg daarvan de dood boven het leven verkiest.

De Nederlandse artsfederatie KNMG (2017) kiest in hun meest recente publicatie rondom het onderwerp voor de term ‘lijden aan het leven’. Net zoals de vorige groep deskundigen plaatsen ook zij het lijden in de midden. Dit lijden kan veroorzaakt zijn door het gevoel dat het leven ‘voltooid’ is, maar ook door andere oorzaken. De term voltooid leven achten zij niet geschikt omdat die in zichzelf al een waardeoordeel bevat en alleen de persoon zelf een oordeel kan vellen over de vraag of het leven al dan niet ‘voltooid’ is. Lijden aan het leven klinkt dan:

Lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of slechts een gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren, hetgeen aanleiding geeft tot een persisterend doodsverlangen, terwijl ter verklaring voor de afwezigheid of gebrekkigheid in kwaliteit van leven niet of niet in overwegende mate een medische of psychische aandoening kan worden aangewezen.

Liesbeth Van Humbeeck, Let Dillen, Ruth Piers en Nele Van De Noortgate publiceerden in 2019 een onderzoek: *‘Tiredness of Life in Older persons: A Qualitative Study on Nurses’s Experiences*

of *Being Confronted With This Growning Phenomenon.*' Ze hebben het over een fenomeen dat in België vaak met de term Tiredness of life (ToL) of levensmoeheid wordt benoemd. Het fenomeen zelf wordt in de inleiding uiteengezet:

Met een afnemende gezondheid staan ouderen voor vele uitdagingen die grote aanpassing vereisen (Fiksenbaum, Greenglass, & Eaton, 2006; Lapierre et al., 2012). Deze opstapelende kwetsbaarheden kunnen van het dagelijkse leven een constante strijd maken (Fleming et al., 2016; Nicholson, Meyer, Flatley, Holman, & Lowton 2012) en het gevoel bij ouderen teweeg brengen dat hun levensverhaal tot een einde is gekomen. Hierdoor kunnen ze verlangen naar een biografisch leven dat netjes samenvalt met hun biologische leven om een gevoel van te lang leven of sociale dood te vermijden (Rupur et al., 2011). Dit gevoel omvat een existentiële leegte, een innerlijke lege ruimte gecreëerd door een gebrek aan betekenis (Frankl, 2004).

De Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende of kort NVVE (2015) formuleerde ook iets als definiëring van voltooid leven die in andere werken geciteerd wordt. Hiervoor staat 'iets' in plaats van 'definitie' omdat zij in de eerste zin aangeven dat voltooid leven zich niet in een definitie laat vatten. Zij richten zich ook eerder op de beleving van een voltooid leven, eerder dan het omschrijven van een definitie ervan.

Het is een existentieel lijden, zonder noodzakelijke medische grondslag, waarbij de persoon de situatie als uitzichtloos ervaart en er geen passende alternatieve behandelingsmogelijkheden meer zijn. De mensen die een voltooid leven ervaren zijn doorgaans niet meer bij machte om zicht te groeperen, organiseren, en voor zichzelf op te komen. De mens die dit veelal betreft is op hoge leeftijd, is onthecht, leeft geïsoleerd, is aan huis gekluisterd, zicht en gehoor zijn slecht en wacht enkel nog op de dood.

Opnieuw in Nederland bestaan er Regionale Toetsingscommissies Euthanasie of RTE die het handelen toetsen van de arts bij euthanasie of hulp bij zelfdoding. Ook zij werden reeds geconfronteerd met de term voltooid leven. In hun EuthanasieCode (2018) staat alles die relevant is voor de commissies bij het uitvoeren van hun taak. Over voltooid leven lees je daar:

De situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht een met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening hebben, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor hen de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven.

Sociologe Frederique Defesche (2011) onderscheidt in haar boek *Voltooid leven in Nederland* dan weer verschillende stadia in voltooid leven:

Stadium 1: Ouderen die tevreden zijn over het voltooid-zijn van het leven, die genieten van wat nog rest. Mogelijke ziektes en aandoeningen zijn goed te hanteren.

Stadium 2: Ouderen die het leven als steeds moeilijker ervaren. Er zijn wel positieve aspecten in de huidige levenswaardering, hopen op herstel en terugkeer naar meer levensvreugde.

Stadium 3: Ouderen die het leven als zwaar of vol moeilijkheden ervaren. Er zijn nog steeds positieve aspecten in de levenswaardering, geloven niet in herstel, geen doodswens, wel doodsgedachtes.

Stadium 4: Ouderen die hun leven als doorslaggevend negatief ervaren. Ze zijn overtuigd van de uitzichtloosheid van de eigen situatie. Ze willen liever sterven dan blijven leven en ontwikkelen een aanhoudende doodswens.

3.1.2 Wat is voltooid leven niet?

Bij de zoektocht naar een definitie van voltooid leven wordt al snel op tegenstrijdigheden en onenigheid gebotst:

Het woordenboek Van Dale (2019) vertaalt de woorden voltooid/voltooiën naar: klaar en helemaal afmaken. Het klinkt bijna utopisch. Een leven dat voltooid is. Dat is ook waarmee mevrouw Defesche haar eerste stadium begint. Voltooid leven kan volgens haar ook samen gaan met 'een tevreden zijn'.

Iets lezen over 'levensmoeheid' of over 'klaar met leven' geeft geen absolute zekerheid dat dit de passende inhoud is bij een werkstuk over 'voltooid leven'. Al zeker niet omdat het gaat om een fenomeen dat in verschillende landen door verschillende termen wordt aangeduid.

Anderen zeggen dan weer dat die verschillende termen niet dezelfde betekenis hebben en dus ook niet als elkaars synoniem mogen gebruikt worden. Echter volgens de artsenfederatie KNMG (2011) is er tussen de begrippen 'voltooid leven', 'klaar met leven' en 'lijden aan het leven' een overlap en in de praktijk is het onderscheid moeilijk te maken.

Een andere keer valt te lezen dat voltooid leven een ondefinieerbare begrip is of gewoon onjuist: De term 'voltooid leven' laat zich niet in een definitie vatten (NVVE, 2015). Volgens de artsenfederatie KNMG (2017) dan weer wordt de benaming 'voltooid leven' niet geschikt geacht omdat die in zichzelf al een waardeoordeel bevat en alleen de persoon zelf een oordeel kan vellen over de vraag of het leven al dan niet 'voltooid' is.

Het definiëren van voltooid leven is absoluut niet gemakkelijk. Belangrijk om dus de kritiek op de definiëring op te nemen!

Ethicus Frits De Lange deed in zijn column van de krant Trouw (2015) een beduidende poging ons woordgebruik preciezer te krijgen:

“Wie 'levensmoe' is, ontbreekt het aan de fysieke of mentale kracht om zijn leven verder te kunnen leiden. Vermoeidheid is een natuurlijke gesteldheid, die je ervaart of niet. Je kunt die wel een beetje met rust, goede voeding of met een pil beïnvloeden, maar moeilijk wegnemen als je heel oud bent. Jonge studenten geriatrie oefenen in een loodzwaar pak hoe het voelt om een oud lijf te hebben. Een bril die je zicht

beperkt, oordopjes die je minder doen horen, banden die je gewrichten stijf en stram maken, en zware gewichten die je mee moet zeulen en je uit balans brengen: je wordt er hondsmoe van. Een hoogbejaarde oudere staat elke dag in zo'n pak genaaid op, en gaat er mee naar bed.

De term 'klaar met leven' daarentegen verwijst niet naar een ervaringsfeit, maar naar een persoonlijke beslissing, een keuze. Zij suggereert dat het leven een klus is die je moet klaren. Wat de inhoud ervan is, doet er niet toe. 'Leven' kan van alles zijn, maar het gaat er om dat je er klaar mee bent. Je hebt 'er' genoeg van, je hebt het helemaal gehad. Ouderen die de greep op hun leven verloren hebben, zo constateren onderzoekers, kunnen door het ontwikkelen van een doodswens onbewust of bewust de controle over hun leven weer proberen terug krijgen. Klaar met leven is als keuze voor de dood tegelijk een ultieme greep naar zelfsturing. Het is de paradoxale overwinning van de suïcidant: door je leven op te geven, bevestig je voor een laatste keer dat het jouw leven is.

De uitdrukking 'voltooid leven' tenslotte, staat nog weer voor iets anders. De term omschrijft de reden waarom iemand de beslissing meent te kunnen nemen klaar met leven te zijn. 'Mijn leven is voltooid' is geen natuurlijk ervaringsfeit, noch een persoonlijke keuze, maar een ethisch waardeoordeel over je geleefde leven tot nu toe."

Nog verwoordt hij naast het onderscheid in termen ook de valkuilen bij het woordgebruik 'voltooid leven' zelf. Meneer De Lange (2015) toont ons aan dat 'voltooid leven', zoals het nu in een zin wordt gebruikt, doordrongen is van onze (Westerse?) maatschappij. Alsook geladen is met filosofische en levensbeschouwelijke vooronderstellingen. Voltooiing is geen neutrale waarneming en de ethicus meent dat de voltooid leven-gedachte ondenkbaar zou zijn zonder volgende ideeën:

- Ten eerste herkent Frits De Lange in een voltooid leven het idee van de levenscyclus. Van 'opgaan, blinken en verzinken'. Die cyclus is ook terug te vinden als de natuur zijn seizoenen ondergaat en de planeten hun omloop. Onze cyclus is dan om in de hoge ouderdom. Wanneer eind en oorsprong in elkaar schuiven. Wanneer men in de kinds geworden grijsaard het kind ziet dat hij geweest is. De kringloop is voltooid (De Lange, 2015).
- Verder wordt voltooid leven al helemaal een Westers en modern idee als het gebruikt wordt volgens *The life Cycle Completed* van ontwikkelingspsycholoog Erik Erikson. "Erikson onderscheidt in de levensloop acht fasen die je doorloopt en afsluit. In die laatste fase moet je, om te voorkomen dat je wanhopig eindigt, ze allemaal hernemen en tot een geheel integreren. Het gaat om coherentie in je levensverhaal. Als het rond is, mag en kan je gaan. Je leven is dan voltooid. Echter herkenden feministische filosofen hierin het ontwikkelingsideaal van de geslaagde blanke carrièreman uit de middenklasse. Ook in de euthanasiediscussie kunnen we dan de hoogopgeleide gepensioneerde man die altijd de regie had, herkennen. Een leven als een carrière

waaraan de hoge ouderdom niets meer kan toevoegen, maar alleen nog maar afbreuk kan doen” (De Lange, 2015).

- Als derde benoemt Frits De Lange het zelfontplooiingsideaal dat ontstaan is in de jaren zestig bij de babyboomers. Elk individu is een zelf, dat ontdekt en ontwikkeld moet worden. Je moet daarvoor wel aan jezelf blijven werken. De zelfontplooiers van toen werken dan nu aan hun zelfvoltooiing. Ze halen nog het laatste uit zichzelf, wat er in zit. Maar als dat op is, is het over.
- Het volgende dat Frits De Lange aanhaalt klinkt bijna als een waarschuwing. Het idee van ‘voltooid leven’ put ook uit een andere bron. Die zorgt ervoor dat het concept van een voltooid leven blijft groeien, ook in de volgende generaties : de harde ondernemersmentaliteit. Michel Foucault beschreef hoe het neoliberalisme burgers vandaag tot projectontwikkelaars van hun eigen leven maakt. Vroeger moest je kapitaal hebben, nu moet je zijn. Vroeger ging je het maken, nu moet je iets van jezelf maken.

Wat Frits De Lange schrijft, de connecties die hij ziet zijn natuurlijk zijn persoonlijke opmerkingen. Er is in deze ethische kwestie geen één juist antwoord. Toch lijkt het belangrijkste aangeraakt te zijn. Namelijk, het concept van een ‘voltooid leven’ hangt onlosmakelijk vast aan een mens- en maatschappijbeeld. Els van Wijngaarden onderbouwt dit ook. In haar boek *voltooid leven: over leven en willen sterven* (2016) klinkt de laatste tussentitel: “de begoocheling van het voltooide leven”. In dit hoofdstuk verklaart ze dat voltooid leven veel meer is dan een individuele evaluatie van iemands eigen leven. “Het legt ook een maatschappelijk probleem bloot, namelijk dat een groep mensen zich niet meer geïncorporeerd voelt” (van Wijngaarden, 2016). Het valt haar op in haar diepteinterviews dat het leven als maakbaar iets, er vaak uitspringt. “Voltooid leven is bijgevolg dan een construct dat voortkomt uit dat maakbaarheidsideaal. Echter staat het zo haaks op de grillige dagelijkse werkelijkheid die ook in de verhalen van de geïnterviewden zit en die vaak allesbehalve maakbaar is” (van Wijngaarden, 2016). De term ‘voltooid leven’ en al zijn conotatie valt in haar onderzoek dan ook niet samen met de geleefde ervaring van mensen met een doodswens, die zij interviewde. Zij sluit zicht aan bij de mening dat er op de vraag ‘wat is voltooid leven?’ geen antwoord is op te formuleren. Zij besluit in haar doctoraal proefschrift *Klaar met het leven, een studie naar de geleefde ervaring van ouderen die hun leven als voltooid beschouwen en verlangen naar de dood* (van Wijngaarden, 2016) dat zowel de term ‘voltooid leven’, als ‘levensmoeheid’, als ‘lijden aan het leven’ niet voldoen:

“Als een van de laatste punten evalueren we de begrippen ‘voltooid leven’, ‘levensmoeheid’ en ‘lijden aan het leven’. Deze drie termen slagen er niet in om het fenomeen waarnaar ze verwijzen te beschrijven. Eerst en vooral omdat onze studie heeft aangetoond dat een zogenaamd voltooid leven helemaal niet gaat over iets dat ‘vervuld’ of ‘afgerond’ is, maar een existentieel lijden uitdrukt. De term ‘voltooid leven’ suggereert trouwens een duidelijk in de tijd afgebakende – (het gaat over een moment in de tijd) -, definitieve en weloverwogen beslissing dat het leven ‘voorbij’ is, alsof de

patiënt heeft beslist dat het 'af' is. Maar in het echte leven bleken allerlei dubbelzinnige en tegenstrijdige gevoelens te sluimeren. Het beslissingsproces wordt daarom beter omschreven als een constant dilemma. Tot slot negeert de term eenvoudigweg het feit dat iemand nog voortleeft. Minstens op biologisch gebied is het leven nog niet voltooid. Maar ook op biografisch vlak is het nog niet afgelopen. Ouderen 'werken' zelfs heel bewust aan hun eigen biografie. Bijvoorbeeld door een actieve inzet in het politieke debat over voltooid leven bij ouderen, door mee te doen aan ons onderzoek en door hun dood en begrafenis te organiseren zoals ze het zelf verkiezen. Hun zelf-geregisseerde dood lijkt niet alleen een manier om opnieuw controle te hebben over hun leven, maar ook om te 'werken aan' een coherent einde van hun biografie. Daarnaast 'werken' ze ook op een meer onbewust niveau aan hun biografie, bijvoorbeeld door nog een vakantie te plannen, te kiezen voor een knieoperatie of door te verhuizen. In het echte leven bestaat er niet zoiets als een verhaal dat van tevoren te regelen is. Het is eerder een halfslachtige poging om vooraf een zeker biografisch einde vast te leggen, omdat mensen vrezen hun identiteit te verliezen. Alles samen genomen kunnen we besluiten dat 'voltooid leven' een eufemisme is, een indirecte term met een montere klank, maar die verwijst naar een ervaring die patiënten vaak heel onaangenaam vinden. Er is een grote inconsistentie tussen de betekenis van de term en de ervaring waarnaar deze verwijst. De term kan worden beschouwd als een kader, een beeld of een metafoor die geen afspiegeling is van wat mensen echt doormaken (of beleven). Het gebruik van de uitdrukking 'voltooid leven' is niet alleen ongeschikt en verwarrend. Het geeft in wezen maar beperkt de geleefde ervaringen weer waarnaar de term verwijst."

3.1.3 Casussen

Er bestaat een fenomeen dat wordt omschreven door onder andere de term 'voltooid leven'. Erg eenduidig zijn de definities niet. Daarom lijkt het een goede stap om hier ook die geobserveerde fenomenen op te nemen om het voltooid leven meer omkadering te bieden. Er zijn meerdere casussen, zo valt de verscheidenheid in verhalen op. Ook de complexiteit en wijde draagbreedte komt tevoorschijn.

Casus 1 en 2

Op 1 december 2018 was er in het Guislain vormingscentrum een symposium over voltooid leven. De eerste spreker, Inneke Wellens (Wellens, 2018), verpleegkundige en coördinator palliatieve zorg in het WZC¹ Domino bracht twee casussen uit eigen ervaring mee:

Een vrouw van 92 jaar is weduwe en woont in het WZC. Ze heeft COPD², hartlijden, chronische nierinsufficiëntie en arthrose. Kort na haar opname in het WZC uit ze dat ze een euthanasiewens heeft. Ze voelt zich moe en opgeleefd. De dochter van de vrouw stond niet achter deze wens, maar zo kwam men te weten dat de wens wel al langer bestond. De

¹ woonzorgcentrum

² Chronic Obstructive pulmonary Disease of chronisch obstructieve long ziekte

palliatieve care indicator tool (PICT)³ wijst op meerdere frailty⁴ indicatoren alsook op een op korte tijd verhoogde zorgnood. Onder andere het hartfalen als een potentiële lethale aandoening geven een daling van de functionele status. In het WZC zit men samen met de bewoonster en de familie. Hierna kan de dochter de euthanasievraag beter plaatsen. In tussentijd wordt het comfort verhoogd en worden teamafspraken gemaakt. Het zorgdoel wordt namelijk schriftelijk aangepast, een morfinederivaat wordt opgestart en een onafhankelijke arts wordt betrokken. De bewoonster vindt geruststelling en moed wanneer haar wordt meegedeeld dat er mogelijkheid is tot euthanasie. Een aantal weken later echter is er opnieuw achteruitgang. Dit door tekenen van infectie. Mevrouw blijft de regie houden en kiest niet voor euthanasie. Na afscheid te hebben genomen van haar dochter sterft ze rustig in haar slaap.

Casus 2

Casus 2 gaat opnieuw over een vrouw uit hetzelfde WZC. Bewoonster is ook weduwe maar nu 94 jaar. Men ziet bij de vrouw een toenemende polyopathie: er zijn mobiliteitsproblemen, visusstoornissen⁵, incontinentie, milde hartproblemen, slechthorendheid die leiden tot sociale isolatie, positieve mineure criteria voor depressie volgens de DSM IV, verwardheid en angstaanvallen en seniele deterioratie⁶. De bewoonster merkt zelf haar mentale achteruitgang op en vreest dat ze hierdoor haar euthanasiewens niet meer zal kunnen uiten. Door die vrees zet ze haar euthanasiewens op papier en zowel de huisarts, CRA⁷ als geriater geven als onafhankelijke artsen een positief advies. Na 1 maand zijn de wettelijke voorwaarden bij niet – terminale indicatie vervuld. De bewoonster drinkt een barbituraat in bijzijn van haar drie kinderen. Dit leidde tot een sereen einde met een dankbare familie. Ook de huisarts had hier een goed gevoel bij.

Casus 3

Documentaire *Ongeneeselijk oud* (Donkervoort, 2010) werd hierboven al vermeld. De film werd gemaakt en uitgezonden in 2010 in het kader van de Week van het Voltooide Leven in Nederland:

Ans is 93 jaar. In de eerste beelden zien we een frêle toch trotse en eigenwijze dame die vlot door de kamer stapt maar haar evenwicht behelpt door af en toe met haar handen tegen de meubelen te tikken. Een rollator zal er nooit in huis komen! “Ik val liever ondersteboven dan met een rollator,” zegt Ans. Ze leeft zelfstandig. ‘s Nachts slaapt ze boven. Beneden slapen bakent ze af, omdat aftakeling en afhankelijkheid haar afschrikken. Ze noemt het emotionele ellende. De laatste tijd is Ans vaak moe en eten doet ze de afgelopen vijf à zes jaar omdat het moet. Omdat niet eten haar slapper zou maken en daar wordt ze ook niet beter van. Ans

³ Tool om de complexiteit en intensiteit te schalen om financiële middelen toe te kennen. O.a.: Deel 1 “surprise question” = zou u verrast zijn als deze patiënt binnen het jaar overlijdt? Deel 2: zorgnoden inschatten (Federatie palliatieve Zorg Vlaanderen, s.d.).

⁴ ‘Broosheid’. Zegt iets over kwetsbaarheid.

⁵ Stoornis in het zien.

⁶ Geestelijke achteruitgang door ouderdom

⁷ Coördinerend en raadgevend arts

vertelt haar levensverhaal. Haar zus en zichzelf werden opgevoed door een tante en nonkel doordat hun ouders al vroeg stierven. Ze kan zich geen leuke herinneringen uit haar jeugd meer voor de geest halen, terwijl die er zeker wel waren, meent ze. Ans heeft vier zonen met haar man Frank. Na één van die geboorten maakte ze een postnatale depressie door. Toen had dat nog geen naam, maar ze herkende zich erin wanneer het later in de media besproken werd. Ze sprak er lang met niemand over. Ans ging nadat ze voor de kinderen had gezorgd terug de richting van haar opleiding als leerkracht uit. Ze hielp kinderen met een achterstand bijbenen en gaf bijles. Toen haar man stierf bouwde ze een eigen bestaan op waar ze erg heeft van genoten. Met eenzaamheid had ze naar haar gevoel geen moeite.

Tijdens haar levensverhaal deelt ze een anekdote: “Mijn zus en ik, wij hadden al afgesproken als kinderen van 16, dat als we oud waren we samen van de rotsen zouden springen. Dus de gedachten van zelf een einde aan je leven te maken hadden wij toen al.” Want dat is wat Ans nu wil: niet meer leven. Soms wordt Ans huilend wakker, omdat ze hier niet meer wil zijn. Daarom heeft ze besloten haar leven zelf te eindigen. “Nou hoeft het niet meer” en “ik ben klaar”, vertelt ze. Ans vergelijkt het met een feest: “het is zo een feest geweest en op een bepaald moment is het klaar en wil je naar huis.” Het is een zeer rationele keuze. Een rationele keuze om haar leven te beëindigen en zo die emotionele ellende te ontlopen. Haar ratio zegt: “ik wil er een eind aan maken.” Haar emotie zegt: “Dat is goed,” want zo vond ze terug wat rust. Ans weet wat ze gaat doen. Ze zal slaappillen nemen samen met nog andere medicatie en maagbeschermers. Dan moet ze ook een plastic zak over haar hoofd doen. Die plastic zak vindt ze een schande en een zeer onaangename manier. Daarom praat ze er ook over. Wanneer ze het gaat doen weet Ans ook, maar ze vertelt het aan niemand.

Doorheen de documentaire zien we ambivalentie. Een vrouw die leeft onder het motto dat je van iedere dag, jouw dag moet maken. Ze geniet van kleine dingen, maar zou graag niet meer wakker worden.

Casus 5

“Mevrouw Van Witteveen (83) vertelt haar huisarts dat ze dood wil. Ze wordt vergeetachtig en is incontinent. Daar lijdt ze onder. Ze heeft twee echtgenoten verloren én een zoon. Met haar dochter heeft ze een goede relatie. Ze gebruikt weinig medicijnen, woont zelfstandig en is nog relatief gezond. Toch is ze glashelder: ze is klaar met leven. Verdere achteruitgang wil ze niet meemaken en ze wil beslist niet afhankelijk worden van anderen. De huisarts stelt vast dat er geen sprake is van uitzichtloos lijden. Mevrouw mist plezier en zingeving in haar leven, maar er is geen indicatie voor euthanasie. De huisarts vertelt zijn patiënte dat er een mogelijkheid is om te stoppen met eten en drinken, maar dat dit een zwaar traject is. Haar dochter heeft het er moeilijk mee, maar respecteert haar moeders keuze. Mevrouw stopt met eten en drinken, begeleid door een palliatief verpleegkundige. De uitdroging veroorzaakt – zoals vaker bij stoppen met eten en drinken – een hoog calciumgehalte, leidend tot pijn en spierkrampen. Een fentanylpleister⁸ verlicht de pijn. Na een dag of vijf treden hallucinaties en wanen op.

⁸ Transdermale medicatie: pleister. Pijnstillers uit de groep van de krachtige opioïden (BCFI, 2019).

Mevrouw krijgt midazolam⁹ via een neusspray om het bewustzijn te verlagen. Na een week overlijdt ze. Achteraf komen bij de dochter toch twijfels op: was moeder misschien depressief en had zij dat niet gezien? Hadden ze toch iets kunnen doen? Wat als ze haar moeder meer aandacht had gegeven? Zou het dan anders gelopen zijn” (Jonkers, 2017)?

Casus 6 en 7

Els van Wijngaarden (2016) nam diepte-interviews af voor haar boek en haar studie. Twee van die vijftientig geselecteerde personen worden hier weergegeven. In het boek valt op hoe verschillend alle verhalen zijn en toch hebben ze allen ook iets gemeen.

André (76) vond een aantrekkingskracht in het treinstation. Hij moest er vaak mensen gaan oppikken, maar ging soms een uurtje vroeger om deel uit te maken van die energie van de stad en de stoet van mensen. Die plek waar hij altijd zo graag is geweest, was ook de plaats waar hij zich voor de eerste keer losraakte van de werkelijkheid en het contact met de wereld om zich heen verloor. Hij voelde een afstand, een verwijdering. Hij voelde zich niet meer thuis. Het voelde alsof hij door een omgekeerde verrekijker keek.

Zo ging het verder: Hij bespeurde de neiging om zich steeds meer en meer terug te trekken. Het voelde hem aan als het einde van de curve. Het luchtledige.

Zijn leven is behoorlijk stormachtig verlopen. Toen hij klein was maakte hij een traumatische gebeurtenis mee in de oorlog. Er was geen eten meer en hij werd weggestuurd om een periode op een boerderij door te brengen. Verder was André een man met een visie. Hij wilde dat zijn inspanningen de samenleving ten goede kwamen. Zijn gedrevenheid botste met een aantal mensen. Dit enerverende leven eiste ook privé zijn tol. Ten diepste heeft hij de behoefte gehad aan een hecht gezinsleven, maar er volgde een echtscheiding. Hij kent veel mensen, maar heeft er geen blijvende verbinding mee.

André beschouwt zijn leven als voltooid, al vindt hij ‘voltooid’ een te harmonieuze term. Hij heeft geen doelstellingen meer. Hij ontleent geen levenszin aan de stapels boeken rond hem of bijklussen in het dorp of een bevriend circusgezelschap. Hij voelt zich vaker overbodig. Verder dan overbodig, tot afhankelijk, wil hij zeker niet. André weet niet of hij zich wel makkelijk door anderen zou laten helpen. Hij heeft zich altijd al kunnen redden. Toen een relatie kapot ging en zelfs toen hij ernstig ziek was. Hij is bang dat daar verandering zou inkomen met al die ‘slijtages’. En in de verzorgingsstaat heeft hij geen vertrouwen en een woonzorgcentrum benoemt hij als sterfhuisconstructie. Dat is niets voor vrijgevochten mensen. Dit is voor hem de reden om zijn dood te plannen. Eerst nog wat opruimen, waarvoor hij denkt hij nog één winter nodig heeft. Hij zoekt wel al rond om de spullen in huis te halen om er zelf een einde aan te maken.

Lineke is een energieke vrouw, kleedt zich jong en lijkt nog zeer goed ‘mee te zijn met de tijd’. Toch is Lineke 79. Een zelfgekozen levenseinde als oplossing is een rationele afweging. Het lijkt Lineke volstrekt logisch. Ze is nooit willoos geweest, waarom zou ze dit nu dan worden? Bezig zijn met haar dood voelt ‘rustig’ aan. De toekomst waarnaar ze kijkt lijkt erg beperkt en ze

⁹ Midazolam: Sedativa in de anesthesie (BCFI, 2019).

maakt er zich zorgen in. “De hele zorg wordt onttakeld en ik sta er straks alleen voor. Ik wil graag meer mensen kennen. Vaker gegroet worden buiten op straat. Mezelf veiliger voelen. Ik woon hier best alleen in dit veel te grote huis. En als ik opeens een elektricien nodig heb of een klusjesman, hoe weet ik dan wie betrouwbaar en betaalbaar is? Het zou toch mooi zijn als we elkaar tips geven. Dat we elkaar als burens versterken met wat we in huis hebben. De buurt moet weer een buurt worden;” zegt ze. Lineke helpt graag anderen. Ze geeft regelmatig voorlichting over een zelfgekozen dood en over de wegen daar naartoe. Dat kan zijn op een podium, dat kan zijn bij haar thuis.

Alle plannen en creativiteit die ze vroeger had is verdwenen. Het is weggefallen. Zin in iets viel weg. Lineke kent veel mensen en heeft trouwe kinderen, maar diep vanbinnen voelt ze zich eenzaam. Ze heeft ook het gevoel dat het geen nut meer uitmaakt dat ze voor de wereld nog bestaat. Na de dood van Linekes man, die ze heel graag zag, heeft ze zichzelf één jaar de tijd gegeven om te beslissen hoe ze en of ze verder ging gaan. De beslissing klinkt dat de vooruitzichten niet hoopvol zijn. Lineke wil zelfstandig blijven. Zelfstandig haar eigen beslissingen over zichzelf kunnen nemen. Ze wilt nooit naar een verzorgingstehuis. “Het is een verzameling van hopeloosheid om je heen.”

De interviewster vindt het verwarrend. De nieuwe ideeën en energie naast jezelf nutteloos voelen.

Lineke draagt ook net als André nog dingen mee van vroeger. Toen zij 7 jaar was, stond ook zij met twee benen in het midden van een oorlog. Ze moest plechtig beweren nooit haar Joodse naam uit te spreken en niet te vertellen wie ze werkelijk is. Zelfs nu lijkt dat nog moeilijk. Het is een blessure. De helft van haar familie werd uitgeroeid.

Casus 7

Uit persoonlijk gesprek met Lies Vereecke uit WZC ‘de Weister’ in Aalbeke :

Eén van de bewoners, Maxine genaamd (fictieve naam), schommelde al een aantal jaren tussen energiek en moe. Zowel mentaal als fysiek. Korte tijd na de dood van haar man werd ze ingeschreven in het woonzorgcentrum. Haar man was iemand die altijd het voortouw nam. Zij stond in zijn schaduw, maar ze had daar geen problemen mee. Hij maakte de beslissingen en zij steunde hem. Na zijn overlijden, viel haar invulling dan ook voor een groot deel weg. Tijdens het huisbezoek voor de opname, zat ze doorgezakt. Kin naar de borstkas toe, moe onder het gewicht van het hoofd. Schouders doorhangend naar beneden. Diep tegen de rugleuning gezakt. Een beeld dat een aantal jaren vermilderde, maar de laatste tijd weer zichtbaarder werd. In het woonzorgcentrum bloeide Maxine terug open. Hier kon ze haar levensverhaal vertellen, want hier was het voor iedereen nieuw. Ze maakte vrienden en ze genoten samen van aperitiefmomenten. Maar ook hier verloor ze dierbaren, medebewoners stierven en Maxine bleef achter. In diezelfde periode, volgde ze ook mee hoe een jong familielid streed tegen leukemie. Ze had het hier allemaal erg moeilijk mee. Ze wilde geen last zijn voor haar familie, ze hadden het al moeilijk. Het voelde alsof ze niet veel kon terug doen voor hen. Ook fysiek moest ze een aantal uitdagingen het hoofd bieden: Haar lichaam vertelde haar dagelijks iets anders. Soms stond ze op en wilde het maar niet lukken die dag, was ze moe en kon ze

niet ver. In de laatste maanden wisselden haar gemoedstoestanden sneller en volgden dagen van crisis elkaar snel op. Haar huisarts was een vaste waarde, soms kwam hij dagelijks langs. Ze hadden een goede verstandhouding. Hij moest haar beloven dat ze niet ging afzien. Ze was namelijk bang voor de toekomst, om nog meer af te takelen. De dokter schreef eerst cortisone voor, maar dat hielp Maxine niet veel vooruit. Ze sprak als maar meer een doodswens uit. De dokter stelde voor haar slaapmedicatie te geven, zodat ze een keer goed kon doorslapen. Misschien kon dat de aanslepende vermoeidheid weghelpen. De intenties waren goed, maar Maxine overleed die nacht. Het hele team wist dat ze gedaan hadden wat ze konden en voelden zich goed bij haar heengaan. Maxines lichaam was meer uitgeput dan dat ze het hadden kunnen inschatten.

Casus 8

Casus vanuit een doktersperspectief uit het tijdschrift *Huisarts en Wetenschap* (2017):

“Deze ochtend heeft mevrouw Vlieger, 85 jaar en weduwe, een dubbele afspraak op uw spreekuur gemaakt. Nadat ze tegenover u heeft plaatsgenomen, begint ze te vertellen. ‘Dokter, ik kom bij u met een lastige vraag. Ik wil u vragen mij te helpen om te overlijden. De laatste jaren zijn niet makkelijk voor mij geweest. Zoals u weet is mijn man twee jaar geleden overleden en nu ga ik zelf achteruit. Ik word langzamer en mijn geheugen laat mij soms in de steek. Wandelen, waar wij vroeger samen zo van genoten, lukt me niet meer. Ik ben te stijf. Mijn ogen gaan achteruit door de suikerziekte. Ik kan geen boek meer lezen of tv-kijken, ook omdat ik snel vermoeid ben. Eigenlijk alles waar ik vroeger voor leefde is er niet meer of lukt niet meer goed. Om mij heen zijn veel belangrijke mensen weggefallen, kinderen heb ik niet. Er gaan dagen voorbij dat ik nauwelijks iemand spreek. Mijn leven is klaar. Ik heb veel goede herinneringen, maar nu hoeft het van mij niet meer. Ik zou graag willen dat het stopt. Maar ik wil dat wel op een rustige en waardige manier. Ik zou u willen vragen of u mij wilt helpen door middel van euthanasie.”

3.1.4 Voltooid leven in de actualiteit

Voltooid leven leeft en heeft geleefd in de actualiteit en media. Vooral in de discussie om de euthanasiewet aan te passen en er voltooid leven al dan niet in te includeren. Het houdt mensen bezig, omdat het een zaak van iedereen is. We zijn allemaal op weg naar oud worden, ook al worden sommigen onder ons dat niet, we zijn onderweg.

In het hoofdstuk 1.1.2 ‘wat is voltooid leven niet’ staat geschreven dat de maatschappij een grote invloed heeft op het fenomeen. De zaak vraagt om over nagedacht te worden. De wisselwerking tussen maatschappij en het fenomeen ‘voltooid leven’ kunt u hier terug vinden. Onze (levens)visies trokken de discussie omtrent voltooid leven open. Anderzijds beweegt voltooid leven nu ook vele lippen. Misschien zelfs zoveel dat de maatschappij er op haar beurt door zal veranderen.

Waarom is dit discussiethema zo jong? Terwijl dood zo oud is als de dag en de nacht. Frits De Lange (2011) maakte de denkoefening:

“De mogelijkheid om ook in de hoge, kwetsbare ouderdom de dood met behulp van medische technologie buiten de deur te houden, neemt alsmaar toe. Sterven wordt steeds minder een gebeurtenis die je overkomt, steeds meer een beslissing die je hebt te nemen. Het sterven in regie te willen nemen, hoeft dan ook niet per se als uiting van een overtrokken zelfbeschikkingsideaal te worden gezien of er verengd tot worden. Dat zou de complexiteit en de vele lagen te kort doen en enkel terug leiden tot het zelfbeschikkingsideaal. Wel kunnen we het zien als een uiting van maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel.”

In kranten of (online) redacties zijn veel opiniestukken terug te vinden die iets te zeggen hebben over het onderwerp ‘voltooid leven’ in combinatie met euthanasiewet. Aangezien dit een ethisch dilemma is en dus iedere mens, gediplomeerd of niet, inspraak kan hebben in dit debat, zijn ook deze meningen relevant in dit werk. Ook de leeftijdscategorie (voor zover er een leeftijd op te kleven valt) waarover het gaat krijgt een stem. We kijken naar voor en tegenargumenten.

De beargumentering: het zelfbeschikkingsrecht

In een interview met *De Morgen* over euthanasie bij voltooid leven beweert Etienne Vermeersch (2017) dat dat er gegarandeerd zal komen. Meneer Vermeersch vindt het een uiting van normaal gezond verstand, te bedenken dat mensen levensmoe kunnen worden en daarbij geholpen moeten worden. “Waarom zou iemand een probleem moeten hebben met mensen die vinden dat ze een mooi leven hebben gehad en dat het afgerond is. Wanneer die mensen geen verantwoordelijkheden meer hebben of niet meer in staat zijn om die op te nemen dat heeft dat individu het recht om te zeggen “ik stop””, zegt Etienne Vermeersch. En waarom zou dit dan niet in de wet mogen? “ De Belgische wet aanvaardt de suicide en iedereen heeft volgens diezelfde Belgische wet ook recht op euthanasie. Ik lees nu her en der dat dat niet zo zou zijn. Fout. Een vrouw heeft toch ook recht op een esthetische ingreep? Alleen is de arts niet verplicht om die ook uit te voeren. Dat is net hetzelfde voor euthanasie,” zegt Vermeersch. Vaststellen of iemand levensmoe is zou via psychologen kunnen gebeuren, maar bevoegd zou ook iedere arts zijn. Zolang de patiënt langere periode te kennen geeft dat het op is voor hem of haar. Andere criteria zijn de volgende, zegt Etienne Vermeersch: “Het is voor mij belangrijk dat die persoon geen verantwoordelijkheid meer heeft ten opzichte van zijn kinderen of andere familieleden. En je moet er ook over waken dat de persoon die om euthanasie vraagt, zich niet in een acute crisis bevindt en er na verloop van tijd weer bovenop zou kunnen komen. Daarom is een wachttijd van minimaal een jaar aangewezen. Als die persoon dan nog steeds bij zijn besluit blijft, moet een verlicht arts toch een verstandig oordeel kunnen vellen.” Verder in het interview gaat het over een minimumleeftijd die hijzelf eerder op 90 jaar zou zetten in plaats van 75, zoals in Nederland wordt gedebatteerd. De interviewer haalt het risico aan dat er op die manier dan wel druk op de hoogbejaarde zorgvrager die in een rusthuis verblijft, komt te liggen. Daarop is het antwoord dat de ouderenzorg niet zal verbeteren aangezien daar geen geld meer voor zal zijn in de toekomst. Hij vindt de oplossing die geboden zou worden door de maatschappij niet verschrikkelijk, zoals

de interviewer suggereert. Want waarom is dat nog verschrikkelijk nadat je een mooi leven hebt geleid. “De dood is toch het normale einde van het leven.” Dood is een positief ding wanneer het na lijden komt.

Een andere reden om het op te nemen in de euthanasiewet is volgens Etienne Vermeersch omdat suïcide pijnlijk en gevaarlijk kan zijn voor andere mensen en traumatisch kan zijn voor eventuele getuigen. Het interview eindigt met het statement dat de verbreding van de euthanasiewet geen glijbaan naar de georganiseerde dood is zolang men geen ontsporing toelaat. En dat de publieke opinie euthanasie bij voltooid leven vroeg of laat, wanneer de maatschappij er klaar voor is, zal aanvaarden.

Noot: In het interview suggereert Etienne Vermeersch meerdere malen dat het gaat om een ‘mooi leven’. Dit komt niet overeen met de complexiteit van voltooid leven, weten we nu.

Lieve Thienpont schreef een boek over psychisch lijden en euthanasie. Om hier volledig correct te zijn: iets waar voltooid leven buiten valt. Voltooid leven valt namelijk niet onder psychisch of fysiek lijden. Misschien dan wel onder ‘mentaal lijden’? Dit is een lijden dat niet wordt veroorzaakt door een diagnosticeerbare fysieke of psychologische toestand of aandoening (Sterckx & Raus, 2017). Terug naar psychiater Lieve Thienpont (2015): In haar boek *Libera me* is toch ook plaats om de euthanasiewet te evalueren en een uitbreiding te bespreken. Zonder zich expliciet uit te spreken over voltooid leven, haalt zij aan dat het bespreken van de mogelijkheid tot levensbeëindiging een kans biedt om suicideplannen uit de stilte te halen en een context te bieden waarin deze bespreekbaar zijn.

De standaard (2017) gaat zelf eens polsen in een woonzorgcentrum hoe de ouderen tegenover voltooid leven staan.

Elia is van mening dat ze niet wil sterven als een plant. Daar heeft zij niets aan en haar omgeving ook niet. Ze wil die liever niet lastigvallen. Elia had een goed en eenvoudig leven en wil dan ook een goed en eenvoudig einde.

André begrijpt het: “als ge zo kapot zijt dat niets nog werkt, wat hebt ge er dan nog aan?”, maar zelf zou hij nooit zo willen sterven. Hij zit daar goed in het woonzorgcentrum.

In een brief aan *De Morgen*, een sectie in de krant die voor iedereen openstaat, reageert Marcel De Smet (2017): “het leven is een geschenk. Ik heb het gekregen. Dat betekent dat ik en ik alleen er mag over beschikken en het beëindigen als het voor mij geen geschenk meer is. Vanwaar dan die weerstand tegen euthanasie? Het is nog een gevolg van de tijd toen het leven een geschenk van God was; Als we niet opletten, eindigen we vastgebonden op een bed om ons leven, ons lijden, te rekken.”

De verdediging: De valkuilen en tekortkomingen

Hoogleraar moderne filosofie en ethiek Willem Lemmens (2017) schreef een opiniestuk in de *Standaard* nadat een arts bij een patiënt met dementie en Parkinson het leven beëindigde op vraag van de familie. Hij stelt zich vragen bij de euthanasielobby en ongezone sacralisering van euthanasie in ons land. Deze zaak valt niet rechtstreeks onder het onderwerp voltooid leven, maar de reactie van de ethicus is er wel één op een algemene uitbreiding van de

euthanasiewet:

“(…) Een huisarts vertelde mij hoe hij na 50 jaar zijn praktijk vroeger dan gepland stopzette, tot het uiterste getergd door de morele druk van de euthanasielobby. Hij zag dat te veel bejaarde patiënten meegezogen werden in een tunnelvisie, alsof euthanasie het enige was wat hen nog restte. Meerdere huisartsen getuigen van een subtiele druk van de omgeving, inclusief familie, ook bij mensen die niet terminaal lijden. Euthanasie wordt als een soort recht gezien dat je zelfs voor anderen kunt opeisen. Kinderartsen en psychiaters in dit land maken gewag van een soortgelijke dynamiek waarbij de familie helpt euthanasie te faciliteren van een geliefde, wellicht met de beste bedoelingen, maar volgens menig arts beïnvloed door de euthanasiewet. (…)”

In een ander blad, *Kerk en Leven* spreekt Willem Lemmens (2018) opnieuw in reactie op optrekken van grenzen euthanasiewet: “Euthanasie wordt gepropagandeerd als een ideale dood.”

Dokter Carlo Leget, dokter Gert Olthuis, professor dokter Andries Baart en professor dokter Frans Vosman (2010) reageerden: “wij zijn nog niet klaar met voltooid leven!” als reactie op de week van het voltooide leven die de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig levenseinde (NVVE) uitriep. De dokters reageren in het tijdschrift, *Medisch contact*. Zij vinden dat er een groot verschil is tussen mensen die om een pil van Drion¹⁰ vragen omdat ze vinden dat ze klaar zijn en mensen die hetzelfde vragen omdat ze zich te veel voelen en het idee hebben dat iedereen met hen klaar is. Het gaat om een verschil tussen sterven vanuit een levenshouding en sterven omdat de eenzaamheid ondraaglijk werd. Ook het verschil tussen een zich meer of minder manifesterende depressie versus voltooid leven is moeilijk te bepalen.

“Voltooid leven klinkt volgens hen alsof het een privaat probleem is dat kan opgelost worden op het niveau van de individuele keuzevrijheid.” Echter, verduidelijken ze: “wanneer het gaat om een zingevingsprobleem is dat per definitie nooit individueel. Mensen kunnen alleen individueel zin ervaren tegen de achtergrond van een gedeelde culturele horizon. Daarbij horen visies op de waarde van ouderdom, de betekenis van ziekte, dood en kijken hoe die zinervaring is geworteld in de samenleving. Het is verweven met de inrichting van de samenleving.”

“Ook wordt de keuze tot euthanasie afgeschilderd als een kwestie die volwassen mensen nuchter en helder kunnen nemen. Daartegenover staat dat de motieven van de voorvechters van een wetswijziging worden gevoed door angst, medelijden, verontwaardiging, solidariteit en vrijheidsdrang. Het rationele loopt hier lijvig tegen het emotionele aan” (Leget, Olthuis, Baart & Vasman, 2010).

Bewoners en werknemers van het woonzorgcentrum Tempelhof worden beluisterd in *De Morgen* (2017). Marguerite is een vrouw van 85 jaar. Zij vindt de wetsaanpassing een riskante zaak. Ze vraagt zich af of we geen verkeerd teken geven. Een sfeer van: “Hier ze zou ook beter

¹⁰ Hypothetische pil bedacht door Huib Drion in 1991. Iedere hoogbejaarde zou toegang krijgen tot deze pil en zo een einde aan zijn leven kunnen maken op een zelfgekozen tijdstip.

tekenen, die ouwe zaag.”. Ze is bang dat het een hefboom is voor kinderen die sneller van hun lastige ouders af willen.

2017 lijkt wel het jaar van de reactie. Ook *De Knack* vroeg zich in de covertitel af ‘Willen we mensen helpen met zelfdoding?’.

Het is allesbehalve nieuw dat een samenleving zoekt naar oplossingen voor senioren die niet meer verder willen leven, introduceert journaliste Ann Peutemans. Het artikel haalt voorbeelden aan van Ethiopische nomadenstammen waar het ingeburgerd was, zich op te hangen aan een ossenstaart wanneer je te oud werd om vee te hoeden. Ook in het antieke Sardinië kregen bejaarden blijkbaar een duwtje in de rug wanneer ze de klif af sprongen. Vandaag toont dat vraagstuk zich nog steeds (Peutemans, 2017). Noot: dit moet wel in historische context geplaatst worden.

Wim Distelmans wordt geciteerd. Naar mening van het diensthoofd Supportieve en Palliatieve Zorg in het UZ Brussel en voorzitter van de Federale Commissie Euthanasie, is een arts niet beter uitgerust om te beoordelen of zo een doodsverlangen terecht en onherroepelijk is dan de doorsnee burger. De beslissing zou geen medische aangelegenheid zijn. Dit onder andere omdat er geen enkele criteria bestaan om een oordeel op te baseren. Er is vandaag nog geen houvast. Ook professor Van Den Noortgate, diensthoofd Geriatrie in het UZ Gent, vindt dat de problematiek uit de medische sfeer zou moeten treden. Eerder zouden mensen opgeleid kunnen worden om met existentiële vragen te leren omgaan. Professor-emeritus medisch recht Herman Nys van KU Leuven legt ons voor dat we de basiswaarde van de huidige wet zouden loslaten wanneer er een tweede wet zou gemaakt worden. Die basiswaarde is namelijk dat de betrokkene aan een ongeneselijke aandoening moet lijden. De zorgvuldigheidsvereisten van de euthanasiewet zouden dan volledig ondergraven worden. Wim Distelmans becommentarieert het voorgestelde leeftijdsgrenzen. “Waarom zou het leven van een tachtiger voltooid kunnen zijn en dat van een dertiger niet,” vraagt hij zich af.

Volgens Wim Distelmans, Nele Van De Noortgate en Willem Lemmens (ethicus aan de universiteit van Antwerpen) moeten we op zijn minst alternatieven proberen aan te bieden. Tijd maken om te luisteren in plaats van kant- en klare oplossingen voorschotelen. Investeren in een moderne ouderenzorg die privacy gunt en autonomie laat (Peutemans, 2017).

Ethicus Frits de Lange (2011) neemt het ook op voor de wetgeving en haar systeem:

“De wet is keihard, soms onmenselijk hard, omdat ze geen oog heeft voor tragiek. Dat is haar zwakheid, maar ook haar kracht: ze beschermt ons daarmee ook tegen mensen die de dood wel als een optie beschouwen. Dat kan de samenleving zijn die de ouderdom onproductief vindt, en zorgkosten te hoog, te weinig vitaal enzovoort. Het kunnen zelfs onze eigen kinderen zijn (omdat ze het op een erfenis hebben voorzien, het gezeul met moeder zat zijn of het zo druk hebben dat ze het levenseinde van hun ouders wel erg lang vinden duren). Vrouwe justitia is daarentegen blind voor goede bedoelingen. Maar liever daaraan en daaronder lijden dan de deur naar de dood op een kier zetten.”

De Lange (2016) besluit uit het boek en onderzoek van Els van Wijngaarden dat toonde dat de term niet matcht met de geleefde ervaring van mensen met een doodswens, dat we niet weten wat voltooid leven is. Dat niet weten maakt een wet op basis van die gedachte niet uitvoerbaar.

In 2017 kwam Etienne Vermeersch, die onze huidige euthanasiewet en abortuswet hielp opstellen, sterk uit de hoek. Wat hij zei staat in het vorige deel te lezen. Collega filosoof Ignaas Devisch (2017) reageerde in *De Morgen*: Levensmoeheid is volgens Ignaas Devisch van een totaal andere orde dan euthanasie bij een medisch uitbehandelde situatie. Hij vergelijkt voltooid leven met andere situaties die ook een zwaar lijden met zich meebrengen: een kind verliezen, verkrachting, een relatiebreuk. Ook deze pijnlijke trauma's plaatsen individuen in een uitzichtloze situatie en zetten hen soms ook aan om een einde aan het leven te maken. Hij vraagt zich af waartoe we de deur openzetten als een samenleving niet principieel aan de kant van het leven blijft staan. Ook Ignaas Devisch waarschuwt voor de sociale druk. Wie ziek en oud is, voelt zich snel tot last en dat kan de vraag over levensmoeheid beïnvloeden. Devisch poneert dat levensmoeheid in tegenstelling tot medisch uitbehandeld zijn omkeerbaar is. Er zijn talloze momenten te bedenken waarbij je als mens door een hel kan gaan, soms jarenlang. Als de samenleving dan niet een duwtje in de rug geeft aan hen die het zeer lastig hebben, geeft die samenleving het ook op om dergelijke moeilijkheden te overwinnen. Nochtans maakt zorg voor mensen, met name in moeilijke en uitzichtloze situaties, de kern uit van diezelfde beschaving.

Daar ligt fundamenteel het tegenargument van Ignaas Devisch: "We kunnen er allemaal altijd mee ophouden, maar je kunt niet verwachten dat een overheid meegaat in die dreiging. Het is net de overheid hun taak om wel zorg te bieden waar noden zijn, zonder die zorg op te dringen uiteraard." Ignaas Devisch pleit daarom om levensmoeheid te benaderen als een maatschappelijk probleem. Het verhindert de idee dat de dood het enige antwoord is in deze kwestie.

Samenvatting

Pro-argumenten integratie voltooid leven in de euthanasiewet	Contra-argumenten integratie voltooid leven in de euthanasiewet
<p>Het zelfbeschikkingsrecht.</p> <p>Suïcide kan gevaarlijk en lelijk zijn. Het kan de omgeving schaden of een trauma achterlaten op een suïcidepoging.</p> <p>Dood is een positief ding wanneer het volgt na lijden.</p> <p>Het zou suïcideplannen uit de stilte kunnen halen.</p>	<p>Euthanasiecultuur: De omgeving kan (onbewust) het idee van euthanasie opleggen en euthanasie kan aanvoelen als een verantwoordelijkheid bij de persoon zelf. Een maatschappelijke druk.</p> <p>Opletten dat euthanasie niet benaderd wordt als de ideale dood.</p>

<p>Dood is een deel van het leven, maar wordt steeds meer een beslissing in plaats van een gebeurtenis.</p>	<p>Hoe valt een verschil te maken tussen een depressie en voltooid leven?</p> <p>Voltooid leven moet benaderd worden als maatschappelijk probleem.</p> <p>We weten niet wat voltooid leven is, of er zijn geen criteria.</p> <p>Levensmoeheid kan overwinbaar zijn.</p> <p>Een maatschappij moet aan de kant van het leven staan. Moeilijkheden helpen overwinnen is een levensbelangrijk fundament van onze cultuur.</p>
---	---

3.1.5 Kader rond actualiteit

Wat kan nu al? Wat kan nu nog niet? Is alles wat gebeurd is wettelijk? Hier volgt een stand van zaken omtrent wetgeving in België.

Sinds 2002 zijn er in België drie wetten die betrekking hebben tot het levenseinde: de wet op patiëntenrechten, de wet op palliatieve zorg en de euthanasiewet. De wet die hier van toepassing is, is de euthanasiewet. Deze wet stelt dat euthanasie:

“ Het opzettelijk en actief levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek,”

Is (Wet betreffende de euthanasie, 2016). Daar hangen natuurlijk enkele voorwaarden aan vast (Zie **bijlage 1** voor de volledige wet):

- De patiënt is een handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, of nog een oordeelsbekwame minderjarige is en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;
- Het verzoek is vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen als gevolg van enige externe druk;
- De meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt bevindt zich in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- De minderjarige patiënt die oordeelsbekwaam is, zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden en dat binnen afzienbare termijn het overlijden tot gevolg heeft, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

In verband met een wilsverklaring (De wet betreffende euthanasie, 2016):

- Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft :
 - dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
 - hij niet meer bij bewustzijn is;
 - en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

Bij een terminale aandoening wordt tevens verplicht om een tweede arts te raadplegen. Bij een niet-terminale aandoening wordt verplicht een 2^e en 3^e arts te raadplegen. Eén van die twee is dan een psychiater of specialist in de aandoening in kwestie. Daarnaast moet er bij een niet-terminale aandoening minstens één maand verstrijken tussen het verzoek van de patiënt en het toepassen van euthanasie.

Er zijn zes handelingen bij het levenseinde (LEIF, 2019):

1. Het stoppen van een zinloos geworden behandeling. Bijvoorbeeld beslissen om niet langer kunstmatige voeding toe te dienen. (noot: cf. infra).
2. Het niet opstarten van een zinloos geworden behandeling. Bijvoorbeeld beslissen om geen chemotherapiekuur meer op te starten. (noot: cf. infra).
3. Aanpassing van de pijnstilling tijdens de stervensfase. Op deze manier kan de zorgvrager pijnvrij sterven. Het stervensproces zou hierdoor mogelijks verkort kunnen worden, maar het doel bij toediening is steeds 'pijn verlichten of wegnemen' en nooit 'doden'. De zorgvrager is nog bij bewust zijn. Echter wanneer de klachten onhandelbaar zijn en de pijn oncontroleerbaar kan men er voor kiezen om het bewustzijn te verlagen. Dit heet palliatieve sedatie.
4. Levensbeëindiging zonder verzoek. Heel uitzonderlijk wordt aan levensbeëindiging gedaan bij een wilsonbekwame zorgvrager met ernstig en onhandelbaar lijden. Bijvoorbeeld bij een pasgeboren baby die een intense korte lijdensweg als toekomst heeft. Dit kan omschreven worden als 'barmhartige stervenshulp'. (noot: cf. infra).
5. Hulp bij zelfdoding. Bijvoorbeeld: een arts geeft een lethaal middel, maar de zorgvrager neemt het in zonder betrokkenheid van die arts. (noot: cf. infra).
6. Euthanasie of levensbeëindiging op verzoek. (cf. infra).

De eerste twee handelingen worden ook wel 'niet – behandelingsbeslissingen' genoemd en kunnen gezien worden als de tegenhanger van therapeutische hardnekkigheid.

Levensbeëindiging zonder verzoek valt in se samen met moord en is opgenomen in het strafrechtelijk wetboek. Ook euthanasie heeft een eigen wet. Echter niet allen hebben een wettelijk kader; Zo is er tot op heden nog geen wettelijk kader rondom hulp bij zelfdoding, wat in de context van voltooid leven dient besproken te worden:

Het is bij 'voltooid leven' niet de verantwoordelijkheid van de arts om deze personen te helpen. Soms wordt dan overgegaan naar hulp bij zelfdoding, door arts, door de thuisverpleegster, door een familielid, burens et cetera. Hierbij wordt dan een dodelijk middel gegeven, maar niet toegediend of inlichtingen en instructies verschaft. Dan doen de derden niet aan 'euthanasie', maar dus aan 'hulp bij zelfdoding'. Toch is de grens tussen 'euthanasie' en 'hulp bij zelfdoding' zeer vaag. Het gaat over een lagere betrokkenheid van de arts bij 'hulp bij zelfdoding'.

Euthanasie zou in de zaak van 'voltooid leven' strafbaar zijn, omdat 'voltooid leven' tot nader order (nog) niet aan de criteria van de euthanasiewet voldoet. Zelfdoding is in België niet strafbaar en dus is 'hulp bij zelfdoding' niet strafbaar en niet in het strafwetboek opgenomen. Je kan niet vervolgd worden omdat je iemand hielp bij zijn zelfgekozen dood. Echter, maakt dit het gegeven alarmerend. Normaal zou 'hulp bij zelfdoding' alleen maar onder dezelfde omstandigheden mogen worden toegestaan als bij euthanasie; Maar er bestaat geen wettelijk kader en dus ook geen controle. Het enige waar je voor kan vervolgd worden is schuldig verzuim (gaat over art. 422). Dan bied je geen hulp aan iemand in groot gevaar. Hulp bij zelfdoding is dus iets zeer verwarrend. Herman Nys, professor-emeritus medisch recht aan de KU Leuven, ziet daar problemen van komen en vindt dat de situatie veel duidelijker zou zijn wanneer hulp bij zelfdoding in het strafwetboek zou opgenomen worden als misdrijf en daar dan een aantal uitzonderingen aan gekoppeld worden (Peutemans, 2017).

Ook Lieve Thienpont (2015) schrijft dit in haar boek *Libera Me*. Zijzelf geeft aan dat haar persoonlijke voorkeur uitgaat naar perorale toediening, waarbij de patiënt het middel zelf inneemt en zo de eigen wilsbeschikking bevestigt. Mits hij daartoe in staat is en het zelf zou willen, uiteraard.

Noot ter volledigheid: In Nederland is 'hulp bij zelfdoding' wel wettelijk geregeld.

Nog een noot ter verduidelijking: In de eerste twee casussen werd er wel gesproken over euthanasietoestemming en zelf toediening. Grote vraagtekens rijzen. Voltooid leven is toch niet te plaatsen onder psychisch, noch fysiek ondragelijk lijden en valt daardoor dan ook buiten de wet? In de eerste casus is duidelijk sprake van polypathologie of meerdere kwalen tegelijk hebben. Wanneer bij polypathologie, er tussen al de aandoeningen een terminale ziekte tussen zit dan komen deze personen in aanmerking voor euthanasie. Echter ook wanneer er geen sprake is van een dodelijke aandoening, kan de combinatie van ouderdomskwalen grond zijn voor euthanasie. "Stel dat iemand alleen nog met een rollator kan stappen, incontinent wordt en ook nog eens slecht hoort en ziet. Apart zijn die klachten misschien niet zo erg, maar allemaal samen kunnen ze wel degelijk ondragelijk zijn. In 2016 kreeg de euthanasiecommissie van de ongeveer 2000 dossiers, er 200 op gronde van polypathologie. In de helft van die dossiers was er geen sprake van een terminale aandoening," verklaart de voorzitter van de Federale Commissie Euthanasie, Wim Distelmans (Peuteman, 2017).

4 Praktijkuitwerking

We herhalen hier nog eens wat aan de grond ligt van voltooid leven gecombineerd met verdieping en theorievorming van wat we hierboven reeds tegenkwamen. Hieruit volgen enkele besluiten, opmerkingen en aanbevelingen uit recente studies. Wanneer we weten welke de hoofdspelers zijn van ‘voltooid leven’, gaan we op zoek naar de antagonisten van deze hoofdrolspelers. Zo komen we tot voorbeelden van andere benaderingen en goede praktijken.

4.1 Fundamenten van ‘voltooid leven’ en aanbevelingen

In haar masterproef *“ik zen m’n leven meug”, fenomenologisch onderzoek naar levensmoeheid bij ouderen* (De Clercq, 2012 - 2013), besluit Heidi De Clercq na het afnemen van interviews en na literatuurstudie:

Uit de data blijkt dat levensmoeheid geen ervaring op zich is, maar steeds verbonden is met andere belevingen zoals eenzaamheid, zich nutteloos voelen, machteloosheid, de angst voor en de ervaring van een last te zijn voor anderen en de maatschappij, verlies van controle en de regie niet meer in handen hebben van het eigen leven, verveling, zich niemand meer voelen. Deze belevingen zijn niet noodzakelijk allen aanwezig, maar de aanwezigheid van enkele ervan kunnen ervoor zorgen dat de oudere geen zin meer heeft in het leven en nog weinig toekomstperspectief heeft. De oudere verlangt naar de dood en verkiest de dood boven het leven (De Clercq, 2012 – 2013).

“Oud worden in de Westerse wereld is grondig veranderd. We worden ouder dan ooit tevoren maar tegelijk is er in de samenleving minder plaats voor oud worden en oud zijn. Praten over de dood is al helemaal taboe” (Gawande, 2014; Vanden Berghe, 2016). De bestseller *sterfelijk zijn* schreef Atul Gawande, een chirurg, omdat hij voelde dat hij vanuit zijn opleiding, hoe gespecialiseerd die ook is, hier tegen aan liep. Hij zag dat dokters-collega’s gesprekken over dood uit de weg gingen en hijzelf worstelde met de vraag of alles wat medisch kan, wel moet? Een conflict tussen tijdswinst en waardig sterven. De medische wereld ligt mee aan de grond van de maatschappelijke verandering die ervoor zorgde dat soms vergeten wordt dat dood iets natuurlijk is. Moderne geneeskunde doelt (te veel) op genezen, vindt Gawande. “De tegenbeweging van moderne geneeskunde is dan ook te vinden in het zoeken naar een hernieuwde authentieke omgang met oud worden, ziek zijn en sterven” (Gawande, 2014; Vanden Berghe, 2016).

Gawande helpt ons hierbij het plaatje duidelijk te krijgen: “Oud worden is zowel veranderd op biologisch vlak als op cultureel vlak. Fragmentatie van samenleven, van een familie of gezin en de opleving van het ‘onafhankelijke zelf’ horen bij dat culturele vlak. Fragmentarisering is bijvoorbeeld het opkomen van aparte instellingen voor ouderen” (Gawande, 2014; Vanden Berghe, 2016). Echter is fragmentarisering ook een kernbegrip op biologisch vlak die slijtage van het lichaam verwoordt. “Deze twee, fragmentarisering en onafhankelijkheid zijn twee kanten van eenzelfde probleem: het geheel werkt niet meer, de verbinding wordt gelost” (Vanden Berghe, 2016).

Gawande (2014) betoogt in zijn boek, met behulp van ondersteunend cijfermateriaal, voor een holistische aanpak en respect voor autonomie als antwoord: De persoon als ‘holon’ zien van vier verschillende dimensies, fysiek, psycho-emotioneel, sociaal en spiritueel-existentieel draagt bij tot welzijn. ‘Nieuw’ in de medische wereld is dat welzijn niet altijd gelijk staat met genezen. Omgekeerd aan de tegenspelers vastgebeten overbehandeling en overmedicalisering. Het tweede antwoord is autonomie. Hulp nodig hebben, brengt misschien afhankelijkheid met zich mee, maar hoeft daarom niet het einde van autonomie te betekenen. “Auteur zijn van het eigen leven, projecten nastreven, doelen hebben, houdt mensen letterlijk in leven” (Vanden Berghe, 2016).

Iets anders wat volgens Gawande in *sterfelijk zijn* een rol speelt in de zoektocht naar hernieuwde omgang voor ouder worden en sterven, is vroegtijdige zorgplanning. Vroegtijdige zorgplanning is onderkennen dat we geen (volledige) controle hebben over de dood en haar terug een natuurlijke plaats geven in het leven, maar lijden, ongemak en pijn toch niet volledig hulpeloos uit de weg gaan. Interessant om toe te voegen is Gawande’s economische conclusie: vroegtijdige zorgplanning zou voor een halvering van de uitgaven voor de gezondheidszorg in de laatste levensjaren kunnen zorgen. Geld die op een andere plaats binnen hetzelfde verhaal dan weer deuren zou kunnen openen.

Ook hij gaat kort in op het onderwerp ‘euthanasie’ in de ruime toepassing ervan, als burger Amerika, een land zonder euthanasiewet. Hij staat ergens in de midden met genuanceerde standpunten, maar stelt wel het belangrijke volgende: We brengen de samenlevingen schade toe als het bevorderen van levensbeëindiging ons gaat afleiden van de lotsverbetering van de zieken: “Assisted living is far harder than assisted death, but its possibilities are far greater, as well,” (Gawande, 2014).

Het boek ‘sterfelijk zijn’ leunt dicht aan bij palliatieve zorg en gaat niet in sé over ‘voltooid leven’, maar vertelt ons ook opnieuw wat we in voorgaande hoofdstukken vonden: ‘doodgaan’ is steeds meer een beslissing, in plaats van iets wat je overkomt. Echter weerklinkt de echo om ‘het einde’, en dus ook ‘voltooid leven’ en ‘sterven’ uit de medische sfeer te halen. In het boek ‘sterfelijk zijn’ wordt er gevraagd om in de laatste fase tijd te nemen om te luisteren naar elkaar en om zo ruimte te creëren voor waardevolle momenten (Gawande, 2014).

Als laatste is het nuttig om net wanneer het over levensfasen gaat, de psychologie, althans één van de theorieën, erbij te nemen:

Els Van Wijngaarden haalt in haar boek ‘voltooid leven’ de theorie van Erik Erikson en zijn vrouw Joan aan:

“Volgens de ontwikkelingspsycholoog en psychoanalyticus doorloopt de mens van de geboorte tot dood acht ontwikkelingsfasen. Elke fase kenmerkt zich volgens hem door een conflict tussen twee tegenpolen. Dat conflict moeten we aangaan om een goede balans te vinden tussen de polen. In die achtste levensfase kijken ouderen terug op hun leven. Ze staan voor de opgave om – ondanks de mislukkingen en teleurstellingen die iedereen in zijn leven kent – verantwoording af te leggen, tevreden te zijn en zichzelf en de loop van de dingen te aanvaarden. De polen zijn de ik-integriteit versus

wanhoop. Echter voegde de vrouw van Erikson er een negende fase aan toe, omdat ze op hoge leeftijd voelde dat de cyclus nog niet compleet was. Deze negende fase kenmerkt zich volgens haar als een periode waarin het lichaam gaat tegenstribbelen, waarin mensen langzamerhand hun autonomie en onafhankelijkheid verliezen en waarbij dikwijls het zelfvertrouwen afneemt, terwijl wanhoop juist toeneemt. Joan Erikson komt tot de conclusie dat mensen in deze laatste levensfase eigenlijk opnieuw de conflicten uit de voorgaande acht fasen moeten aangaan. Mensen worden opnieuw – en in een nog hevigere mate – geconfronteerd met gevoelens van wantrouwen, schaamte, schuldgevoel, minderwaardigheid, identiteitsverwarring, isolement, stagnatie en wanhoop (de acht negatieve polen uit de eerder levensfasen). Alles komt op scherp te staan. Dat wat iemand gedurende zijn leven heeft opgebouwd, ontglipt hem of wordt afgebroken. Het is een periode van incasseren. Dat brengt, volgens Joan Erikson, een scala aan nieuwe opgaven met zich mee: Zo stelt ze dat ouderen, vanwege de onvermijdelijke kwetsbaarheid waarmee de hoge ouderdom gepaard gaat, als het ware worden ‘gedwongen’ om hun eigen lichaam en hun eigen mogelijkheden te wantrouwen. Het vanzelfsprekende vertrouwen in eigen lijf en functioneren valt weg. Ouderen moeten zich zien te verhouden tot de schaamte van het controleverlies. De afname van capaciteiten en mogelijkheden brengt vaak minderwaardigheidsgevoelens met zich mee, constateert ze. Ouderdom maakt inbreuk op je existentiële identiteit. Een diepe onzekerheid over status en rol maakt zich van de persoon meester. Ervaringen van intimiteit en liefde maken plaats voor ervaring van isolatie en eenzaamheid. Relaties worden overschaduwd door eenzijdige afhankelijkheid. Er is in de hoge ouderdom steeds minder energie om een vruchtbare bijdrage aan de omgeving te leveren. Deze laatste fase kan ongelofelijk moeilijk zijn voor mensen. Tegelijk is het van belang om al deze moeite onder ogen te zien, zonder het vertrouwen in het leven te verliezen: ‘to face down despair with faith and appropriate humility is perhaps the wisest course.’ Ouderen die erin slagen om de conflicten te overwinnen, kunnen volgens haar de fase van ‘gerotranscendentie’ bereiken. ‘Gerotranscendentie’, een term die ook de Zweedse gerontoloog Tornstam gebruikt, is een zelf-overstijgende ervaring van de oudere mens: niet het eigen ik staat centraal, maar het besef dat elke mens deel is van het verleden, het heden en de toekomst. De oudere is onderdeel van het zogeheten intergenerationele web van relaties en heeft daarin zijn plek. Toelevens naar het einde wordt dan een oefening in het loslaten en zelfaanvaarding, het is een zoektocht naar vrede vinden in het alleen-zijn, en tegelijk tot het laatst toe met alle zintuigen betrokken blijven op de realiteit. De worsteling met de hoge ouderdom kan tot iets moois leiden, volgens Joan Erikson” (Van wijngaarden, 2016).

De theorie van de negende fase van Joan Erikson toont dat ouderdom of hoge ouderdom een ware worsteling kan zijn. Het viel Els Van Wijngaarden op in haar onderzoek dat ouderen veel behoefte hebben aan het delen van hun ervaring, maar dat daar weinig oor naar is. Er is nood aan delen, aan gezien worden zonder dat de verteller onmiddellijk een oplossing aangeboden

wordt. Van Wijngaarden (2016) eindigt haar boek met het woord 'verbondenheid', wat we eigenlijk al eens tegenkwamen bij Atul Gawande. "Verbondenheid, die het eigen lijden overstijgt, zorgt ervoor dat lijden bij het leven hoort. Hiermee krijgt lijden geen zin. Het wordt ook niet goedgepraat of weggemoffeld. Het wordt onder ogen gezien. En hopelijk gaat de mens die lijdt aan het leven daardoor iets minder eenzaam op pad" (Van Wijngaarden, 2016).

"Voltooid leven staat voor verdriet over de verloren verbinding met de wereld om hen heen maar ook met zichzelf. Het leven gaat voort, maar het levensverhaal is voortijdig gestold. De verhalen van ouderen zijn een spiegel voor onze maatschappij. De uitingen van eenzaamheid, marginalisatie en gevoelens van overbodigheid leggen pijnlijk bloot hoe deze ouderen hun plek in de samenleving ervaren. Namelijk: een groep mensen voelt zich niet meer geïncorporeerd" (Van Wijngaarden, 2016).

De thematiek is enkel maar recht aan te doen door te erkennen dat het gaat op een individuele kant en een sociale/culturele kant. Wat volgt tracht dit te respecteren. Hieronder worden voorbeelden gegeven van praktijken waarin taboe rond dood doorbroken wordt, waarin er aan zingeving wordt gedaan, waarin men oog heeft voor eenzaamheid, voor lijden, zin voor autonomie, privacy en integratie in de maatschappij. Net omdat er twee kanten zijn aan het verhaal zoeken we oplossingen binnen één op één relaties, als ook ruimer op macroniveau. Een selectie op micro-, meso- en macroniveau is wat volgt. Let wel: er bestaan veel meer 'good practices' dan deze selectie, want soms schuilt het verschil slechts in hele kleine dingen of net in grote personen.

4.2 Good practices

4.2.1 Microniveau

We starten bij de basis. Waar kan een betrokkene een verschil maken voor iemand die worstelt? Microniveau gaat over een één op één relatie. Wat kan een individu voor een ander individu betekenen?

Niet fiksen, maar luisteren

Els Van Wijngaarden opnieuw, want zij deed niet alleen aan onderzoek, maar formuleerde enkele tips. Els Van Wijngaarden komt aan het woord in het artikel 'Niet fiksen, maar luisteren' door Alliëtte Jonkers (2017) uit het tijdschrift *Nursing*: Wanneer het gaat om existentiële eenzaamheid, zullen sociale interventies zoals een uitje, een koor, een sportvereniging of een kaartclub niet veel verschuiven in dat gevoel. Het gevoel gaat veel verder dan een alleen zijn, het is een opeenstapeling van verlieservaringen. Ton Jorna, geestelijke begeleider springt bij; existentiële eenzaamheid moet je in eerste plaats niet proberen bestrijden, maar net wel betreden. Dat betekent luisteren, proberen te begrijpen en te erkennen dat iemand zich ten diepste alleen voelt. Existentiële eenzaamheid laat zich niet als een probleem oplossen, maar wordt mogelijk wel dragelijker als de ervaring werkelijk gedeeld kan worden. De kern van troost is dat het lijden er mag zijn. Het gaat over erkenning verlenen, want net goed bedoelde initiatieven als een maatjesproject of een extra bingonamiddag die niet mee gaan in het

verhaal van de oudere zouden het gevoel van existentiële eenzaamheid kunnen versterken. Dit is ook waarom Noorse verplegingswetenschapper Kari Martinsen geraadpleegd wordt door Van Wijngaarden. Martinsen zegt dat er twee manieren zijn om naar patiënten te kijken; namelijk met een registrerende blik gericht op analyseren en probleemoplossend denken en als tweede met een ontvankelijke blik, die open staat om zich te laten raken door een verhaal en de andere zich gezien laat voelen (Jonkers, 2017).

In datzelfde artikel van *Nursing* haalt Arteveldehogeschooldocent Christine De Bosschere er prof. Andries Baart bij. Hij ontwikkelde een presentietheorie en –benadering waarin de mens, zijn waardigheid en zijn verlangen naar geborgenheid centraal staan: “Het gaat om een radicaal andere manier van professioneel handelen: aanwezig zijn vanuit bezieling en inzoomen op datgene wat je patiënt nodig heeft.” Vragen stellen die afgestemd zijn op het levensverhaal en gevoelens kunnen uiteindelijk komen tot de vraag ‘wat kan ik betekenen voor u?’. Een zorgende die MEEdenkt en niet ‘in de plaats van-’ denkt.

Naast lijden onder existentiële eenzaamheid, is er de angst voor afhankelijkheid en is er verinnerlijkte stereotypering. Verinnerlijkte stereotypering gaat over de negatieve beelden op ouderdom die ouderen verinnerlijkt hebben die in grote mate hun identiteit bepaald.

Uitspraken als “ik ben een oud karkas”, wijzen daarop. Daarom hebben wij ook mooie verhalen nodig die de goede kanten van ouderdom bekrachtigen en laten zien (Jonkers, 2016). Hierop wordt ingegaan in hoofdstuk 4.1.3 Macroniveau.

Als laatste is er angst voor afhankelijkheid, waarbij we iets in de weegschaal kunnen leggen om die terug in evenwicht te brengen: Afhankelijkheid gaat over wederkerigheid, die vaak ontbreekt in de zorg. Mensen voelen alsof ze niets kunnen terug betekenen. Daarom benadrukt Christine De Bosschere in het *Nursing*-artikel dat het belangrijk is om ook eens te vragen naar het levensverhaal van een oudere. Wanneer je dan oprecht en authentiek kan antwoorden met ‘bedankt, hier heb ik echt iets aan gehad’ of ‘daar kan ik veel van leren’ heeft de hulpvrager misschien het gevoel dat hij wel degelijk iets kan teruggeven (Jonkers, 2017).

Het verleden beleven

Hiervoor kwam het levensverhaal ter sprake. Echter leerden we al dat ‘voltooid leven’ gepaard gaat met verlies op vele vlakken en vaak ook traumatische gebeurtenissen uit het verleden. In het boek *Gelukkig ouder worden: Actief, vitaal en wijs* wijten de broers Klinkhamer (2016) een volledig hoofdstuk aan het beleven van het verleden.

Het verstrijken van de jaren gaat niet met zekerheid recht evenredig op met groeien van wijsheid. Doorheen een leven maken we van alles mee. Ervaringen zat! Maar de vraag is hoe we die ondergaan en met hoeveel bewustzijn dat gebeurt. Die gebeurtenissen gebeuren midden in een leven gevuld met huishouden, carrière, hobby’s en andere. Voor zelfreflectie om die gebeurtenissen te plaatsen in het kader van innerlijke ontwikkeling is er niet altijd ruimte. In de periode van ‘verzinken’ zoals de heren Klinkhamer het benoemen in hun boek *Gelukkig ouder worden*, is er plaats voor bewustzijn van geleefde ervaringen. Daarbij komt dat het terugkijken naar vroegere negatieve of positieve ervaringen nu tegen een andere

achtergrond kan gebeuren. Niet in het kader wat destijds gold, maar tegen het kader van de bij deze fase horende ontwikkeling: het zien van de samenhang der dingen. Terugkijken biedt nu overzicht (Klinkhamer & Klinkhamer, 2016).

Het verleden oproepen kan er nu voor zorgen om vastgezette ideeën en gevoelens ruimte te geven. Het vraagt een zekere mildheid, want er komen ook moeilijke herinneringen terug bovendrijven. Echter is dit nuttig: actief aandacht besteden aan het verleden zorgt voor vitaliseren. Opgeslagen gevoelens van frustratie vormen 'emotionele schuld' en kunnen net een bron van verouderen zijn omdat ze samen komen met stress en spanning.

"Ik zen m'n leven meug" – Fenomenologisch onderzoek naar levensmoeheid bij ouderen.

In haar masterwerkstuk beschrijft mevrouw De Clercq (2012 – 2013) wegen om om te gaan met ouderen met een gevoel van een voltooid leven:

"De oudere weet zich op een positieve manier bejegend en voelt zich erkend door verschillende factoren: wanneer men mag ervaren iemand te zijn (voor een ander), wanneer men zich verbonden mag voelen met anderen, wanneer anderen aansluiting vinden op het levensverhaal. Deze positieve bejegening en erkenning van de oudere resulteert in de analyse van de data in een verdwijnen van de doodswens, in het weer opnemen van het leven. Of de doodswens voorgoed verdwijnt, is moeilijk hard te maken met deze studie, gezien de interviews momentopnamen zijn. Wel kan gezegd worden dat positieve bejegening, erkenning en liefde een significante invloed hebben op de ervaring van levensmoeheid en deze op zijn minst 'verlichten'.

Uit de studie blijkt dat verlies van controle en lichaamsfuncties als minder erg wordt ervaren wanneer men zich graag gezien weet door de ander en men zich erkend weet. Als men 'iemand is', wordt afhankelijkheid soms zelf positief gezien. De technische kant van de zorg wordt dan ook gewaardeerd, anders wanneer de zorg snel moet gebeuren. De studie toont aan dat ouderen minder de nadruk leggen op technisch goede zorg, maar wel op bejegening en erkenning, op graag gezien worden en gehoord worden."

Bejegening en erkenning worden in de masterproef gedefinieerd. Onderzoeken wat de twee termen inhouden is een groot deel van diezelfde masterproef en blijken zeer complexe concepten te zijn. De samenvatting van het begrip onderzoek klinkt als volgt:

- Bejegening gaat over hoe men zich tegenover de ander gedraagt, vanuit de eigen kennis, vaardigheden en attitude en dit kan door zelfreflectie een dynamisch proces zijn.
- Erkenning is een ruim begrip wat zich afspeelt in de publieke en de private sfeer, telkens op verschillende wijze. Bij erkenning in de publieke sfeer gaat het eerder om de erkenning van een groep, een cultuur e.d. vaak op basis van verdienste. Ook in de private sfeer is erkenning van wezenlijk belang om te komen tot een gezond zelfbeeld en wordt het zelfs gezien als een basisbehoefte van de mens. Erkenning heeft plaats in een dialogaal gebeuren tussen het zelf en de anderen en kent drie basisvormen,

namelijk liefde, respect en solidariteit die leiden tot zelf-vertrouwen, zelf-respect en zelf-waardering.

Holistische mensvisie.

“In de traditionele medische visie staat het idee centraal dat de zorgvrager verpleegd en verzorgd wordt omdat hij ziek, oud of gehandicapt is. Het gaat hierbij om zichtbare symptomen, problemen en behoeften. In de holistische visie echter staat de mens centraal als geheel. Je kunt bij de mens vier aspecten onderscheiden, het psychische, sociale, lichamelijke en spirituele, deze aspecten zijn onmiskenbaar met elkaar verbonden. De functies van de mens zijn wel te onderscheiden maar niet onderling te scheiden. Bij deze visie staat het ook centraal dat elk mens uniek is en iedereen zijn/haar eigen behoeften heeft die in tijd zijn te onderscheiden” (Greetje, 2007).

Zorg richten op het holon in plaats van enkel het lichamelijke aspect van de mens is een belangrijke bijdrage op vlak van het hoofd bieden aan voltooid leven.

Vroegtijdige zorgplanning

Vroegtijdige zorgplanning kwamen we kort al tegen in de bespreking over het boek ‘sterfelijk zijn’ van Atul Gawande en komt hier terug als doorbreken van het taboe over de dood.

LEIF staat voor LevensEinde Informatie Forum. LEIF staat voor zijn zaak: informatie verdelen over wat de opties zijn op het levenseinde.

In de informatiebundel van LEIF, neemt Maggie De Block, voormalig minister van volksgezondheid en ex-LEIFarts het voorwoord: “Het gaat hier over de vrijheid en de autonomie van een individu om ten allen tijde zelf over eigen lijf en leed te kunnen beslissen. Van bij onze geboorte staat vast dat we ooit zullen overlijden. Dat is niets om cynisch over te worden, wel een gegeven om realistisch te benaderen. Veel ellende en verdriet kunnen we immers voorkomen door over het levenseinde te praten, met hulpverleners maar ook met familieleden en naasten. Duidelijke afspraken maken over de ondersteuning en de begeleiding die we zelf wensen aan ons levenseinde is daarom de boodschap. Zoiets doe je uiteraard niet in een-twee-drie; dit is een dynamisch proces van voortdurende reflectie, waarbij we als mens in dialoog treden met onze omgeving over de zorg die we wensen en verwachten op dat moment. Zo vermijden we dat mensen moeilijke beslissingen dienen te nemen in onze plaats omdat we het zelf niet meer kunnen, om welke reden dan ook. Cruciaal is ook om die informatie op te laten nemen in het medisch dossier. Want dit garandeert dat de zorgverleners die ons zullen behandelen en begeleiden aan ons levenseinde, effectief op de hoogte zijn van onze wensen en verwachtingen en er rekening mee kunnen houden in de praktijk.” (LEIF, s.d.).

De vijf voorafgaande mogelijke wilsverklaringen zijn:

1. De ‘negatieve’ wilsverklaring, over het niet uitvoeren van behandelingen
2. De wilsverklaring euthanasie
3. De verklaring inzake de wijze van teraardebestelling

4. De verklaring voor orgaandonatie
5. De verklaring betreft schenking lichaam aan de wetenschap

Deze bachelorproef kwam in contact met twee woonzorgcentra die deze wilsverklaringen overlopen in de periode dat een bewoner er nieuw is. De woonzorgcentra zijn: 'De Weister' uit Aalbeke en 'De Refuge' te Gent. Beide geïnterviewde (hoofd)verpleegkundigen gaven een zeer gelijklopende anekdote mee:

Een vrouw die antwoordt met een zucht en zegt: "ik ben blij dat wij hierover kunnen en mogen praten."

Seksualiteit: een bron van intimiteit

Over dood in de taboesfeer hebben we het al gehad, echter hadden we het nog niet over seksualiteit bij ouderen. Op een panelgesprek tijdens Het Festival van de Gelijkheid over 'seksualiteit bij ouderen' legde men uit dat seksualiteit niet alleen gaat over de daad van de geslachtsgemeenschap. Het is ook naar de kapper gaan om er goed uit te zien. Seksualiteit is begerenswaardigheid. Het gaat over intimiteit. Over een veiligheidsgevoel. Over wederkerigheid. Het is niet altijd iets waarvoor je een partner nodig hebt, ook alleen kan het beleefd worden. Seksualiteit is ook vooral niet iets wat voorbij is op hogere leeftijd. Daarin zit het hem juist, het evolueert van seks naar intimiteit. Een aanraking kan daar ook al bij horen. Het draagt bij tot persoonlijkheid en alle andere kernwoorden die wij hier al tegenkwamen en nuttig bevonden werden binnen de strijd met 'voltooid leven'.

Seksualiteit dient dus bespreekbaar te worden gesteld binnen de zorgsetting.

Enkele voordelen van seksualiteit en intimiteit (Swinnen, 2004)

- Het geeft je een gevoel van warmte en tederheid.
- Je weet dat je lichamelijk en psychisch gewaardeerd wordt.
- Het bevestigt het gevoel dat je er nog steeds bent voor elkaar.
- Het prikkelt je om jezelf goed te verzorgen om voor de ander aantrekkelijk te blijven.
- Er wordt tijd gemaakt voor elkaar.
- De gevoelens worden onverbloemd aan elkaar doorgegeven: zowel de emoties, de angsten als de schuldgevoelens.
- Het geeft elkaar een gevoel van wederzijdse nabijheid, vertrouwen en betrokkenheid.
- Men weet dat men niet altijd optimaal hoeft te zijn en dat tekortkomingen aanvaard worden.

Betekenisvolle activiteiten

In 2018 publiceerden enkele docenten ergotherapie en verpleegkunde van de Arteveldehogeschool het boek *Betekenisvolle activiteiten methode. Een multidisciplinaire en praktijkgerichte aanpak voor bewoners van woonzorgcentra*.

Betekenisvolle activiteiten organiseren is zeer belangrijk. Dat betuigt het boek ook. Ze dragen

bij tot levenskwaliteit en levenszin, omdat ze positieve gevolgen hebben op fysieke en geestelijke gezondheid. Hoe meer de activiteit afgestemd is op de persoon, hoe hoger de levenskwaliteit wordt geschat. Daarenboven dragen activiteiten onmiskenbaar bij tot de ontwikkeling van een persoon omdat ze identiteit ondersteunen.

Een activiteit gaat niet om de activiteit op zich. Het gaat over een samentrekking van drie componenten: persoon, omgeving en activiteit. Betekenisvol is een activiteit pas wanneer ze in verbinding staat met de andere twee.

- Persoon: Er zijn geen twee mensen van één soort. Dat wil zeggen dat iedereen anders is. Een andere levensgeschiedenis, een andere persoonlijkheid en andere sterktes en zwaktes op fysiek, cognitief, spiritueel en affectief vlak. Die worden in het boek benoemd als handelingscomponenten en deze zijn zowel zichtbaar als onzichtbaar. Met die handelingscomponenten moet rekening gehouden worden, want bijvoorbeeld een lichte tremor, kan voor één persoon een groot verschil uitmaken op vlak van uitvoeren van een voor die persoon betekenisvolle activiteit: koffie drinken met vrienden.
- Omgeving: Hieronder verstaan we alle externe factoren. De fysieke omgeving zegt iets over welk materiaal er rond de persoon gemeubeld is. Culturele omgeving zegt iets over welke routines en ongeschreven regels en waarden en normen er zich afspelen in de omgeving van de persoon, institutionele omgeving zegt dan weer iets over de geschreven regels: juridisch, economisch en politiek. Als laatste zegt sociale omgeving iets over de mensen rondom een persoon.
- Een activiteit is een element die kan gaan van de stoep vegen tot een buurtfeest zelf organiseren. Opmerkelijk bij een activiteit is dat er bij iedere persoon een mentaal beeld is gemaakt van een bepaalde activiteit. Het is dus belangrijk dat je dit mentale beeld bevraagd, zodat afstemmen mogelijk is.

Om deze drie vlakken met elkaar te linken is er vertrouwen nodig tussen de persoon en de omgeving, een vaardigheid tussen de persoon en de activiteit, een uitdaging tussen de omgeving en de activiteit en als slot is er over het geheel, occupatie nodig. Dit betekent een innemen van tijd en ruimte. Zo is er plaats voor de persoon die de activiteit uitvoert om op te gaan in die tijd en ruimte.

Succesfactoren van betekenisvolle activiteiten zijn (Cornelis, Desmet, De Vriendt & Vanbosseghem, 2018)

:

- Kaderen binnen een totaalbenadering;
- Sluiten aan bij het normale dagelijkse leven;
- Komen tot stand door middel van inspraak;
- Zijn uitdagend;

- Doen beroep op de talenten van bewoners en zorgverleners;
- Vinden plaats in een omgeving met een welkom thuisgevoel;
- Zorgen voor sociaal contact in én rond het woonzorgcentrum;
- Worden methodisch aangepakt en georganiseerd;
- Worden geëvalueerd;
- Worden georganiseerd door zorgverleners met zin voor innovatie en creativiteit.

Besluit: Praktische tips en ideeën op microniveau:

1. Luisteren naar een persoon met voltooid leven (Van Wijngaarden & Jonkers, 2017):
 - Wees niet bang om gevoelens van levensmoeheid aan te wakkeren als je erover praat. Meestal vinden mensen een gesprek hierover juist ontzettend waardevol.
 - Het onderwerp bespreekbaar maken staat niet gelijk aan iemand stimuleren tot het beëindigen van het leven. Luister naar de cliënt zonder oordelen. Vraag door als iemand zegt dat hij het leven niet meer ziet zitten: ‘vertel eens...’, ‘Denkt u daar vaak aan?’ en ‘Hoe is dat voor u?’
 - Wees niet te bang dat je geen goede antwoorden weet. Pas als je luistert om te begrijpen, en niet om te antwoorden, voelt de ander zich gehoord. Levensvragen zijn trage vragen. Trage vragen moet je aandacht geven; antwoorden helpen in zulke gevallen niet vaak.
 - Vind je het moeilijk om over een doodswens te praten, benoem dat dan gerust. Maar geef de cliënt niet het idee dat hij er niet over mag praten. Dus wel: ‘Goh, ik vind het heftig dat u dit zo voelt’, of zeg gewoon dat je dat ook een moeilijke vraag vindt. Maar niet: ‘Gelukkig heeft u wel lieve kinderen en kleinkinderen’ of ‘maar het is pudding deze middag, iets om naar uit te kijken dus!’
 - Informeer later nog eens of de zorgvrager er nog steeds mee zit, vraag of hij er nog verder over wil praten en met wie, en stel indien gewenst een gesprek met een geestelijke verzorger voor.
2. Het verleden oproepen (Klinkhamer & Klinkhamer, 2016)
 - Schrijf een belangrijke gebeurtenis samen met de zorgvrager op. Vraag de zorgvrager het eerst feitelijk en daarna gevoelsmatig. Je begint dus de basiselementen wie, wat, waar en wanneer. Daarna vraag je om ook de innerlijke ervaring erbij te noteren. Wat voelde de persoon toen? Het lijkt voor de hand liggend, maar door opschrijven staan we langer stil en komen er vaak herinneringen terug.

- Laat ruimte voor vertellen. Na het beluisteren kan je vragen stellen die misschien een ander perspectief bieden of nog meer herinneringen naar boven halen.
- Ga samen op zoek naar materiaal die met het verleden en/of een specifieke gebeurtenis te maken heeft. Een krantenartikel, een foto, een dagboek... De archieven van het verleden. Zelfs overheidsinstanties zoals het Instituut voor Oorlogs-, Holocaust- en Genocidestudies, de burgerlijke stand, het gemeente archief, musea zijn opties.
- Stel voor om een schilderij, een gedicht, een kort filmpje of iets anders - hoe bescheiden ook - te maken. Vormgeven om diepte te creëren.
Bij een pijnlijk verlies kan je bijvoorbeeld ook voorstellen om een brief te schrijven naar die persoon.
- Noot: Al de boven gaande gaan niet persé over negatieve ervaringen, maak ook ruimte voor positieve herinneringen en verwezenlijkingen!

3. Taboedoorbrekend werken

- Mijd de onderwerpen dood, seks en andere niet. Bied lectuur aan, laat een gesprek niet voorbij gaan, kaart het zelf aan.
- Vroegtijdige zorgplanning kan een opening zijn tot gesprek om mee te geven dat over de dood mag en kan gepraat worden.
- Werk taboedoorbrekend i.v.m. seks. Ga bijvoorbeeld eens mee in een vuile mop in plaats van er negatief of niet op te reageren.

4. Nog enkele andere tips gebaseerd op 'good practices':

- Ingrid Meijering schrijft in de editie van Geron gewijd aan het onderwerp 'voltooid leven' een hoofdstuk over 'je persoonlijkheid behouden'. Zij kleepte 46 ouderen aan in thema van hun droomberoep en fotografeerde hen. Het beroep dat zij volgens omstandigheden in het leven nooit geworden zijn. Vele van deze ouderen vertelden bijna zonder adempauze over hun droomberoep. Bij voorbeeld: ene mevrouw Sanderse werd volledig in de make-up gezet en haar haar werd gedaan voordat zij gefotografeerd werd in een prachtige galajurk met een Oscar in de hand. Ze wilde namelijk graag actrice worden vroeger. De activiteit doet spreken, maar ook doen. Mevrouw Sanderse gaf bijhorend een voordracht die ze nog kende uit haar vroegere jaren (Ingrid Meijering, 2013).
- Vraag naar terugkerende nachtmerries en dromen. Ze geven zaken van het onderbewuste aan. Ga op zoek naar welke boodschap er in te vinden is.

- Toon foto's, video's, een wereldkaart, leg muziek op naar keuze uit het verleden en start een conversatie. Hiervoor bestaan ook app's. Eén daarvan is bijvoorbeeld 'Prisma'.
- Het boek *Betekenisvolle activiteitenmethode [BAM]. Een multidisciplinaire en praktijkgerichte aanpak voor bewoners van woonzorgcentra*, is aan te raden lectuur! In het boek staat stapsgewijs uitgelegd hoe je tot een betekenisvolle activiteit kan komen via BAM. Daarbij is er een instrument toegevoegd die het toepassen van BAM nog drempelverlagend maakt.
De studie, uitgevoerd om BAM te toetsen toont niet aan dat de levenskwaliteit significant kon verbeteren, maar wel dat de levenskwaliteit stabiel bleef ook wanneer psychofarmaca afgebouwd werd. Dat levenskwaliteit niet duidelijk verbeterde ligt waarschijnlijk aan het feit dat levenskwaliteit een zeer krachtig iets omschrijft, wat uit meerdere aspecten bestaat. Enkel aandacht hebben voor activiteiten kan mogelijks onvoldoende zijn om de steen aan het rollen te krijgen.
- Pas het volgende concept toe: 'Shared Decision Making' of 'gezamenlijke besluitvorming'. Het doel is simpel: geen beslissingen over een hulpvrager, zonder die hulpvrager (Cornelis, Desmet, De Vriendt & Vanbosseghem, 2018).

4.2.2 Mesoniveau

Wanneer we het mesoniveau benaderen wordt duidelijk dat als zorgverlener, professioneel of niet, de zorgopdracht niet te herleiden is tot een louter individueel privé-gebeuren tussen twee personen. De zorg voor de vierentwintiguurscontinuïteit maakt bijvoorbeeld duidelijk dat verplegen ook als een teamproces moet worden opgevat. Net als de individuele opdracht laat ook elk team zich in de uitvoering inspireren door een aantal onuitgesproken veronderstellingen, intuïtie of net neergeschreven visies van goede zorg (Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2017).

We gaan in dit onderdeel op zoek naar 'good practice' voorbeelden op mesoniveau:

Kleinschalig (genormaliseerd) wonen

Kleinschalig (genormaliseerd) wonen kwam een paar keer terug in gevonden literatuur over voltooid leven. Er bestaan opnieuw vele definities van het begrip. Eén daarvan klinkt:

"Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie is een woon- en zorgvorm waar minimaal 6 en maximaal 16 dementerende personen, met professionele ondersteuning, begeleiding en verzorging (waar mogelijk aangevuld met de hulp van mantelzorgers en/of vrijwilligers), samen een huishouden vormen in een voor de bewoner herkenbare woon- en leefomgeving. Het is bouwkundig en/of sociaal aantoonbaar geïntegreerd in de omringende wijk of gemeente." (Van audenhove et al. 2003)

Als pioniers van het concept 'kleinschalig wonen' wordt vaak verwezen naar verpleeghuisarts Hans Houweling en psychogerontoloog Bère Miesen (Coomans, 2009 – 2010). Zij spraken zelf

niet in de eerste plaats over 'kleinschalig wonen' maar wel over het concept van 'warme zorg'. Hierin staat het scheppen van een veilig en warm leefklimaat centraal. Onderdelen van deze warme zorg zijn huiselijkheid, herkenbaarheid, nabijheid, vrijheid en familie. Allemaal factoren die van belang zijn in de zorg voor mensen met dementie.

Kleinschalig wonen is in theorie vooral opgebouwd vanuit zorg voor mensen met dementie, maar kwam eerder in deze bachelorproef al ter sprake door Atul Gawande in 'sterfelijk zijn', die vertrouwen heeft in dit soort nieuwe uitvoeringen van zorg.

Het zijn vooral de werkingsprincipes die voor onze praktijkuitwerking nuttig kunnen blijken. Ze integreren mooi de tegenspelers van voltooid leven. De praktijkvoorbeelden (cf. infra) van kleinschalig wonen kunnen ideeën aanbrengen voor een preventie of omgang met 'voltooid leven'.

De werkingsprincipes zijn geformuleerd door onderzoekers van LUCAS (Declercq et al, 2007). Opnieuw, deze zijn geformuleerd voor personen met dementie, maar bij het toepassen in de praktijk van de principes komen hele mooie en frisse ideeën voort die ook veel zouden kunnen betekenen voor een vernieuwde omgang met ouderen in het algemeen.

1. Integratie en participatie.

Dit principe vraagt om een woonomgeving die inhaakt op hetgeen waarmee de oudere persoon met dementie vertrouwd is: een zo normaal, zo gewoon mogelijke en herkenbare, huiselijke en vertrouwde leefomgeving, zowel binnen als buiten de woning (Coomans, 2009 – 2010).

2. Zorg op maat.

De zorg wordt in overeenstemming met de zorgvrager bepaald en niet opgelegd. Men werkt persoonsgericht in plaats van taakgericht.

3. Kwaliteit van leven.

Kwaliteit van leven is een zeer sterk gegeven, maar daarbij ook zeer moeilijk te bepalen. Zeker bij personen met dementie. Familieleden en medewerkers kunnen hun mening klaar hebben over de kwaliteit van het leven van een ander, maar zo iets is moeilijk af te toetsen bij een persoon met dementie zelf. Toch wordt de kwaliteit van leven gezien als één van de maatstaven om doeltreffendheid van zorg te meten. De nadruk ligt hier op het perspectief van de zorgvrager (Declercq et al, 2007).

4. Kwaliteit van relaties.

Een volgende pijler werkt aan de onderlinge relaties tussen bewoners, personeel en familieleden. Op ruimer vlak praten we dan over de relatie met de buurt. Men is van mening dat zorgvragers moeten kunnen deelnemen aan het buurtleven en dat tegelijkertijd buurtbewoners gestimuleerd moeten worden om spontaan op bezoek te komen (Coomans, 2009 - 2010).

5. Tussen autonomie en geborgenheid.

"De bewoner behoudt de mogelijkheid om zelf actief te blijven en controle over bepaalde aspecten van het leven te behouden. Er wordt gewerkt met het competentiemodel, waarbij

men uitgaat van de mogelijkheden van de bejaarde met dementie en zijn restcapaciteiten ten volle benut worden. Tegelijkertijd moet men wel oog hebben voor de zorg- en begeleidingsbehoefte die vaak zeer intensief kan zijn. Men moet proberen het midden te houden tussen beide uitersten, of met andere woorden: 'normaal waar mogelijk, bijzonder waar nodig'." Legt Coomans (2009 – 2010) uit.

6. Kleinschaligheid.

Dit principe houdt de andere principes mede in evenwicht. Zo blijft de interactie op samenlevingsniveau en op zorgniveau bewaakt (Declercq, 2007).

Bluezones van Triamant

Geografische Blauwe Zones zijn zones waar mensen beduidend ouder worden dan de gemiddelde levensverwachting elders. Demografen Gianni Pes en Michel Poulain maakten deze zones wereldwijd kenbaar. Er zijn vijf van deze natuurlijke zones op aarde. Dan Buettner identificeerde negen gemeenschappelijke karakteristieken:

- Regelmatige rustige fysieke activiteit, gedurende heel het leven
- Eten met weinig calorieën
- Een bijna-vegetarisch eetpatroon met veel fruit en groente
- Gematigde consumptie van alcohol (een dagelijks glas rode wijn)
- Een doel in het leven (ook wel Ikigai of Plan de Vida)
- Weinig stress
- Deelname in spiritualiteit of religie
- De familie staat centraal in het leven
- Sterke sociale interactie en een gevoel van community

Triamant is een Belgische organisatie die zo een Blue Zone kunstmatig wilt maken. Hun missie is om leeftijd en gezinssituaties te overschrijden. Iedereen kan er een thuis vinden: Van senioren en jonge gezinnen tot koppels en alleenstaanden, maar met speciale aandacht voor ouderen. Dankzij die mix ontstaat een hechte, warme gemeenschap. De focus ligt op autonomie en vitaliteit, waar professionele zorg 24/7 beschikbaar is. Zij werken met zeven assen die geïnspireerd zijn op de kenmerken van de originele Blue Zones (Triamant, s.d.) :

- Actieve beweging
- Een evenwichtige, gezonde voeding
- Voldoende intellectuele uitdaging
- Stressvrije momenten
- Zingeving
- Een doel in het leven

- Goed gezelschap

Besluit: Praktische tips en ideeën op mesoniveau

1. Enkele praktijk voorbeelden vanuit de rusthuizen De Weister en De Refuge die de visie van kleinschalig wonen volgen:
 - Een kerstmarkt organiseren in het woonzorgcentrum, waarbij de hele buurt is uitgenodigd. Zo wordt de kwaliteit aan relaties onderhouden.
 - Een brunch houden voor zowel bewoners als voor familieleden om nieuwe contacten te leggen, om een net te vormen.
 - Als iemand graag gaat shoppen, een namiddag samen met de verpleegkundige naar het winkelcentrum gaan.
 - Bewoners specifiek verzorgen op de manier waarop zij het graag willen. Er wordt dan ook naar gevraagd. Als iemand graag geschminkt wordt, neem dit dan ook op in de ochtendverzorging.
 - Voor iemand die vroeger veel las, maar nu slechtziend is, worden nu luisterboeken aangekocht of gehuurd.
 - De krant wordt dagelijks voorgelezen voor mensen die willen. Er is ook ruimte voor gesprek hierna. De connectie met de buitenwereld wordt niet gelost.
 - Een man wil graag lang blijven op het trouwfeest van zijn kleinzoon. Hij komt vragen aan de hoofdverpleger of dat oké is. De hoofdverpleger antwoordt met een knipoog: "je moest voor je inwoont hier ook niet vragen wanneer je moest thuiskomen. Ik geef je de sleutelkaart mee, maar probeer met je dronken versie van 'Er staat een paard in de gang' niet de hele gang wakker te maken."
 - In de zomer is er ongeveer iedere week de optie om mee te gaan naar de avondmarkt in De Panne. Wie wil kan zich opgeven en meegaan.
 - Uitstappen organiseren met vrijwilligers. Er wordt duidelijk gemaakt dat ook vrijwilligers zonder directe link aan het woonzorgcentrum ook welkom zijn om mee te begeleiden. Zo ging bijvoorbeeld de collega van één van de zonen van een bewoner mee. Het leek hem wel leuk om mee op daguitstap te gaan naar de zoo. Dus nam hij een dag vrijaf en ging welkom mee met zijn collega en zijn collega's moeder, die bewoonster is van het WZC, naar de dierentuin.
 - Niet werken met een grootkeuken maar zelf koken op de afdeling. Dit schept de mogelijkheid om de bewoners mee te laten helpen bij het voorbereiden van de maaltijden.
 - Toerisme op latere leeftijd: Ieder jaar wordt er door De Weister voor langere periode een villa, met aangepaste middelen voorzien voor zorg gehuurd aan de

zee. Personen die nog eens meewillen gaan overnachten aan de zee, mogen mee, geflankeerd door verpleegkundigen van de afdeling.

Daarnaast zorgt het WZC voor goede contacten met het buitenland. Als iemand altijd heel veel deugd had van op reis gaan naar de Provence in Frankrijk, dan kan dit nog steeds verwezenlijkt worden samen met de afdeling. Zelfs met verdere landen gaat men de uitdaging aan.

2. Andere 'good practices' op mesoniveau die oog hebben voor integratie, autonomie, zingeving, uitdaging:
 - 'Snoezelen met dieren' is een Limburgse organisatie die met tamme dieren naar allerlei zorginstellingen gaat. Van ouderen tot jongeren met problemen. In hun gezelschap brengen ze mee: twee brons gekleurde konijnen, een rode kingduif, een eend, een aantal kippen, een schildpad, een egeltje, slakken, een chihuahua maar ook slang, een tijgerpython. De dieren brengen herinneringen met zich mee. Vele bewoners groeiden namelijk op, op het platteland met veel dieren rondom hen. De organisatie brengt ook een beetje van buiten naar binnen (Goethals, 2017).
 - Studenten in rusthuis op kot.
In de krant, op sociale media en op het journaal verschenen dit schooljaar twee voorbeelden van 'op kot in het woonzorgcentrum'. Eén WZC in Heverlee doet mee en een ander in Antwerpen. De regel is simpel: voor een gunstige huurprijs mogen studenten op kot in het woonzorgcentrum, maar dan moeten de studenten elke week 5uur optrekken met de bewoners. Door mee te gaan om boodschappen, door koffie te drinken, voorlezen, een spel spelen, deelnemen aan een animatie... Voor de kotstudenten betekent het een extra levenservaring, voor ouderen betekenisvol contact. Tijdens een blokperiode is bijvoorbeeld al te zien hoe bewoners de studenten graag in de watten leggen (Op kot in een woonzorgcentrum, 2018).
 - Intergenerationeel werken.
In het woonzorgcentrum Sint- Franciscus in Vinkt is er een rusthuisklas. Het WZC oriënteerde zich naar buiten toe en zorgde ervoor dat ze een trefpunt werden waar verschillende generaties elkaar kunnen ontmoeten. "De aanwezigheid van de kinderen in het centrum verdrijft bij veel bewoners de eenzaamheid", zegt ergotherapeut Jolien Van De Velde. Het 'jonge volkje' brengen plezier en geluk met hen mee en omgekeerd verrijken de ouderen het leven van de jongeren. Ze vertellen na een spreekbeurt een anekdote over vroeger of geven oprechte feedback. Naast spreekbeurten meevolgen van het zesde leerjaar zijn er nog andere activiteiten: Samen op natuurwandeling, zwerfvuil opruimen, elkaar voorlezen, samen aan hoofdrekken doen (De Vuyst, 2018).
De goede samenwerking kwam niet uit het niets. In het begin van het

schooljaar krijgen leerlingen lessen handhygiëne en rolstoel rijden. De leerkracht van het zesde leerjaar schakelt over van standaardtaal op dialect en de kinderen moeten iets luider praten wanneer ze in het woonzorgcentrum zijn. Van jongsaf aan flexibel zijn en rekening houden met elkaar lijkt de leerkracht zeker niet slecht: “We leven vandaag in een maatschappij die graag etiketjes plakt. Kinderen hebben dyslexie, dyspraxie of ADHD. Ouderen hebben dementie, incontinentie, zijn slechtziend of moeilijk te been. Terwijl volwassenen heel erg focussen op gebreken, is het wonderlijk hoe gemakkelijk kinderen zich over die beperking heen kunnen zetten. Ook is het een kans om de aandacht die nog te veel naar punten scoren gaat nu om te zetten naar leren in een krachtige leeromgeving” (De Vuyst, 2018). Ouderen helpen ook bij de kinderopvang, die aanwezig is op Sint-Franciscus. Het is een opluchting wanneer de rollen worden omgedraaid en de ouderen hun handen uit de mouwen kunnen steken door bijvoorbeeld slabbetjes te vouwen en aardappelen te schillen (De Vuyst, 2018). Mooi voorbeeld van vermaatschappelijking van de zorg!

4.2.3 Macroniveau

Een hulpverlener, professioneel of niet, leeft in een bepaalde tijd en een bepaalde plaats. In een bepaalde maatschappij. Dat net die maatschappij invloed heeft op voltooid leven en omgekeerd was reeds duidelijk.

Er is nood aan positieve representatie van ouderen. En een ouderenzorg die positief in beeld komt via blogs, websites, columns, interviews... Goede verhalen in evenwicht met pijnpunten van de zorg. Niet langer een éézijdig verhaal.

Tips op macroniveau heeft vooral een signaleringsfunctie. Signaleren naar hogere instanties om de ouderen terug een ruimere plek te geven in de actieve maatschappij. Een signaalfunctie om ouderen een stem te geven in plaats van over hen te praten. Een stem die ingaat op eenzijdige visies en een oor die klaar staat om naar iedereen te luisteren.

Good practice voorbeelden die bijdragen aan integratie.

- Hotel Römantiek is een Belgisch televisieprogramma op Vier geproduceerd door Woestijnvis. Het realityprogramma neemt een week lang een groep van vrijgezellen 65-plussers mee op reis. Hier hebben deze vrijgezellen de kans om elkaar beter te leren kennen en misschien wel een nieuwe kans op liefde te vinden. Ouderen zijn niet vaak de hoofdrol op het scherm, dit is een mooie doorbreking van die gewoonte. Hotel Römantiek is aan zijn vierde seizoen toe.
- Benidorm basterds is een verborgen-camera-serie. De serie voert ouderen op die zich gedragen als een karikaturale versie van jongeren of die juist de negatieve stereotiepe verwachtingen van ouderdom verbeelden op een hyperbolische manier (Swinnen,

2013). De serie is ontspannend bedoeld, maar er ligt een belangrijke boodschap in: Door het omkeren en ridiculiseren van typische leeftijdspraktijken ontregelen ze de openbare ruimte, wat potentieel uitnodigt tot reflectie op wat leeftijd betekent (Swinnen, 2013).

- Een samenwerking tussen een woonzorgcentrum en sociale media die bijdraagt tot het verbreken van een negatieve spiraal die soms heerst over de ouderen(zorg).
- Het initiatief 'stadsdorpen': netwerken van ouderen die naast het ondernemen van gezellige en culturele activiteiten elkaar met advies en hulp terzijde staan. De naam 'stadsdorp' refereert aan het romantische beeld van de dorpen van vroeger, waar zorgen voor elkaar vanzelfsprekend was. Een voorbeeld is het stadsdorp Zuid in Amsterdam (van Loon, 2013). Het gaat over een zelforganiserend vermogen.
- Vonkel is een ontmoetingshuis midden in de stad Gent. Een huis die ontstaan is door vragen omtrent dood, palliatieve zorg, euthanasie en rouw midden in de levende brouwerij die de stad is. De situering van het huis is op zich al een standpunt die ze innemen. Iedereen is er welkom en een afspraak maken hoeft niet. Opnieuw een standpunt wat inclusie en integratie onderstreept.
De kernwaarde van het huis is een luisterend oor aanbieden. Onbevooroordeeld. De vrijwilligers die er rondlopen en activiteiten begeleiden zijn goed opgeleid. Ze geven documentatie en informatie of verwijzen door. Deze vrijwilligers worden begeleid door professionelen zoals psychotherapeuten (Vonkel...een luisterend huis – Centrum LevensEindeVragen, 2019).
- Active ageing. De Wereldgezondheidsorganisatie (2002) definieert het als volgt: "Het proces om de mogelijkheden inzake gezondheid, participatie en bescherming te optimaliseren om zo de levenskwaliteit te vergroten als mensen verouderen." Het is een engelstalige term, wat duidelijk maakt dat het concept groter is dan nationale grenzen. Vanuit Europa worden lidstaten sterk gestimuleerd om er beleidsmatig rond te werken op regionaal en landelijk vlak (Selhorst, 2017). Active ageing stelt mensen met hun mogelijkheden, hun competenties en hun wensen centraal met als doel een optimale levenskwaliteit te bieden. Active ageing wil mensen 'in staat stellen' dingen te doen en doelen te bereiken en men wil daarbij streven naar een 'samenleving voor alle leeftijden'(Cornelis, Desmet, De Vriendt & Vanbosseghem, 2018).
Het eerste woord, 'active', gaat over participatie in alle levensdomeinen die voor een persoon relevant zijn en niet enkel over de fysieke connotatie. Het gaat er dus met andere woorden om, een levenskwaliteit bevorderende en participatorische omgeving te creëren. Het woord dat niet in het rijtje past is 'verplicht'. Active ageing gaat niet over verplicht actief houden, verplichten tot meedoen van een activiteit. Verbondenheid en levenskwaliteit zijn kernwoorden en die gaan hand in hand met inspraak (Cornelis, Desmet, De Vriendt & Vanbosseghem, 2018).

4.3 Instrument in de praktijk

Op vraag van mijn externe promotor wordt een gecomprimeerde versie van deze bachelorproef gemaakt. Deze folder zou moeten bijdragen in de praktijk door de uitdaging 'voltooid leven' te sensibiliseren. De complexiteit van 'voltooid leven' wordt ondersteunt door informatie aan te bieden. Daarnaast worden in de folder ook bruikbare tips aangeboden. Zo wordt deze bachelorproef hanteerbaar in de praktijk.

De bedoeling is net als wat er in de titel van dit werkstuk staat: het probleem moet duidelijk geschetst worden, maar verstaanbaar zijn voor iedereen, ook niet professionelen. Voor iedereen met een hart voor ouderen. Want in een woonzorgcentrum spreekt het onderhoudsteam ook met de bewoners en in thuissituatie zijn tips voor familieleden of kennissen ook nuttig! Er wordt geopperd om 'voltooid leven' uit de medische sfeer te halen. Voltooid leven is een individueel gevoel, maar evenveel ook een maatschappelijk gegeven. Daarom belangt het iedereen aan en behoort de informatie tot iedereen die wil een steentje bijdragen om dit gevoel te voorkomen of op te vangen.

Op de voorkant van de folder zien we twee personen staan. De linkse persoon roept de rechtse persoon om hulp/aandacht door 'STOP' te roepen. De rechtse persoon staat namelijk met zijn rug naar haar toegekeerd. De 'STOP' wijst ook op het niet meer verder willen leven. Op de volgende pagina zien we dat de twee personen samen op pad gaan, dat is de non-verbale boodschap die er uit is te halen.

5 Discussie

Deze bachelorproef is geschreven om 'voltooid leven' te begrijpen. Het proberen verstaan en het meestappen in het verhaal maakt, net zoals bij anderen, een aaneenschakeling van vragen los. Vragen die niet voor de eerste keer luidop gesteld worden en uitdagingen die niet voor de eerste keer bedacht worden.

Binnenstappen door de deur die op een kier wordt gezet, doordat er stem wordt gegeven aan 'voltooid leven', maakt dat onderzoek mogelijk is.

Dit onderzoek gaat mee in de wetenschap van het determineren, maar stapt ook in een persoonlijk verhaal. Dit onderzoek zet argumenten tegenover elkaar, maar beluistert beide kampen. Dit onderzoek probeert vragen te ondersteunen, maar zal sommige antwoorden schuldig moeten blijven...

Allereerst is dit onderzoek gevoerd door het verzamelen van hoofdzakelijk Nederlandstalige lectuur. Is het dan de prevalentie van 'voltooid leven', de bespreekbaarheid of het onderzoek die minder is en lager ligt op wereldwijd niveau? Is het onze cultuur die dan ruimte heeft vrijgemaakt voor bespreekbaarheid of is het onze cultuur die net ook aan de basis ligt van 'voltooid leven'. Als dat laatste waar is, zou een intercultureel onderzoek dan net niet nuttig zijn?

'Voltooid leven' zit intergenerationeel verweven en ligt verspreid over een psychologisch en een somatisch veld, maar wordt waarschijnlijk ook gedragen door een spiritueel vlak en is met zekerheid cultuurgebonden. De studie miste dus misschien wel enige afbakening. Echter zou de studie paradoxaal net zeer beperkt zijn wanneer die afbakening er wel zou zijn.

Wat wel duidelijk afgebakend is, is dat het gaat over 'de oudere' en één bedenking kan deze hele bachelorproef overhoop halen: 'Kan een jonge mens zijn leven ook niet zinloos vinden, ongelukkig naar waarde zoeken naar zin en volledig uitgeput zijn?'. Dit voorbeeld nogmaals de complexiteit.

In het praktijkgedeelte werd een pad ingeslagen die gebaseerd was op de vraag 'hoe gaan we er anders mee om?'; Waarbij de 'er' staat voor zowel 'voltooid leven', als ouderdom, als sterven. Echter, nooit werd in de literatuur rechtstreeks het antwoord gegeven: 'zo ga je er mee om'. Niemand heeft echt een passende raad klaar. En wetenschappelijk zijn de rechtstreekse verbanden tussen 'voltooid leven' en een mogelijke oplossing niet met een rechte lijn te verbinden.

In het onderzoek kwamen resultaten soms tegenover elkaar te staan. Een voorbeeld: In het boek 'Gelukkig ouder worden. Vitaal, actief en wijs' wordt de leer van 'opgaan', 'blinken' en 'verzinken' aangehaald. Eén van de grotere hoofdstukken gaat in op het belang van 'het verzinken'. Maar, laat nu net de gedachte van het 'opgaan, blinken en verzinken', door Frits De Lange aangeduid zijn als één van mogelijke fundamenten van het beleven van een voltooid leven.

Preventie of 'anders omgaan met', geven geen waterdichte uitweg. En dat hoeft ook niet, want als we uitzoomen zien we dat oplossingen voor 'voltooid leven' een aantal levensvragen

zouden moeten tackelen. Een harde noot om te kraken... Levensvragen zijn nu eenmaal trage vragen en hebben niet veel met pragmatiek.

Toch zijn er in deze bachelorproef een aantal handvaten aangereikt en hier moeten we ook even bij stilstaan. We moeten bedenken dat 'de' oplossing vinden misschien wel een zeer medische gedachte is. Soms zal preventie, een goede aanpak of een maatschappelijke verandering niet tegemoet komen. Het kan dat lijden niet te verslaan is. Het kan dat zelfs in een perfecte wereld iemand uit de boot valt. Het kan dat de dood wel haar rol moet opnemen. Waarbij we wederom niet mogen vergeten dat sterven het natuurlijke vervolg is van geboren worden.

Onuitgesproken, niet opgeschreven, maar hoe dan ook, klinkt heel stilletjes: 'een leven moet zinvol zijn'. Els Van Wijngaarden (2016) waarschuwt ons voor de dictatuur van de zingeving. Niet iedere beweging kan overstromen van nut of van zin. Mag iemand dan ook zijn leven volkomen zinloos vinden?

6 Conclusie

In deze bachelorproef werd onderzoek gedaan naar wat de mogelijkheden zijn om preventief en curatief om te gaan met 'voltooid leven'. Om daartoe te komen onderzochten we eerst wat voltooid leven is en welke standpunten worden ingenomen in de euthanasiediscussie over 'voltooid leven'.

We kunnen hier enkel besluiten dat er op alle drie van die vragen geen sluitend antwoord kan gegeven worden:

Een alles omsluitende definitie geven aan 'voltooid leven' ondergraaft de complexiteit ervan. De definitie die volgens mij op dit moment toch het dichtst bij haar taak komt is de definitie van Els Van Wijngaarden, omdat mevrouw Van Wijngaarden (2016) op zoek ging om te begrijpen en niet om te verklaren. De definitie is daarnaast afkomstig uit een vrij recent onderzoek, namelijk uit 2016:

'Voltooid leven' kan worden omschreven als een kluwen van onvermogen en onwil om nog langer verbinding te maken met het leven. Dit proces van losraken en vervreemding (van de wereld en van zichzelf) levert permanente innerlijke spanning en verzet op, en versterkt het verlangen om het leven te beëindigen. De volgende vijf thema's spelen – in meer of mindere mate – in alle verhalen een rol:

- Een diep gevoel van existentiële eenzaamheid
- Het gevoel er niet meer toe te doen
- Een groeiend onvermogen om zich te uiten op een wijze die kenmerkend voor de persoon was
- Geestelijke en lichamelijke moeheid van het leven
- Een innerlijke afkeer en weerzin ten aanzien van (gevreesde) afhankelijkheid

Het onderwerp 'voltooid leven' spreekt aan. Niet alleen omdat de ethische vraag ons aankijkt, maar ook omdat het over jou en mij persoonlijk kan gaan. Wij zijn allemaal oorzaak en gevolg; Toeschouwer en potentieel slachtoffer. Hoe moeilijk 'voltooid leven' ook te grijpen is, we mogen het niet (enkel) met angst aankijken, want dan lopen we voorbij aan een groot deel van de ethische vraag.

Momenteel is er nog geen duidelijkheid in het publieke debat of 'voltooid leven' een plaats heeft in ons wetboek. Er zijn enkel argumenten. En als 'voltooid leven' dan toch in een wettelijk kader zou moeten komen, laat het dan onder een beleidsplan van de minister van volksgezondheid zijn. Laat het dan een positieve maatschappelijke verandering in beweging zetten.

Want een persoon die lijdt onder een 'voltooid leven' is nog niet helemaal verloren. Zonder iemand uit te sluiten door te zeggen dat er met zekerheid een procedure is om 'voltooid leven' aan te pakken, kunnen we wel concluderen dat er mooie voorbeelden te vinden zijn die ons hoop geven dat 'voltooid leven' te voorkomen is of terug te draaien is. Dat er nog vele wegen

in te slaan zijn voordat we de allerlaatste kaart euthanasie zouden trekken. En als iemand dan toch niet langer kan leven onder zijn lijden, laat het pad daar naartoe er dan één van verbondenheid zijn.

Literatuurlijst

- Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI). (2019). *BCFI*. Gent.
- Blommendaal, P., & Vathorst, S. (2017). Euthanasie bij voltooid leven. (dutch/Flemisch). *Huisarts en wetenschap*, 60(2), 71 - 74. doi:10.10007/s12445-017-0039-2
- Bussche, F., & Distelmans, W. (2012). *Een goede dood. 2002 - 2012: tien jaar 'controversiële' euthanasiewet?* Gent: Uitgeverij VUBPRESS.
- Cornelis, E., Vanbosseghem, R., Desmet, V., & De Vriendt, P. (2018). *Betekenisvolle activiteiten methode. Een multidisciplinaire en praktijkgerichte aanpak voor bewoners van woonzorgcentra*. Arteveldehogeschool Gent: Uitgeverij Politeia nv.
- Coomans, K. (2009 – 2010). *Op zoek naar een toekomst voor grootschalige rust- en verzorgingstehuizen: theoretische studie en ontwerp onderzoek* [Masterproef]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Craeynest, P. (2005). Psychologie van de levensloop. In P. Craeynest, *Psychologie van de levensloop: inleiding in de ontwikkelingspsychologie*. acco.
- Craeynest, P. (2013). *Psychologie van de levensloop*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- d'Ancona, H., van Baarle, Y., Beekman, W., Bolkestein, F., Bouwman, M., Grotenhuis, M.-j., . . . Vliet, v. (sd). *Burgerinitiatief voltooid leven*. Opgeroepen op januari 2019, van Uit Vrije Wil: <http://www.uitvrijewil.nu/index.php?id=1000>
- De Bosschere, C. & Maes, A. (2017 – 2018). *Specifieke benaderingswijzen in de GGZ* [onuitgegeven cursus]. Gent: Arteveldehogeschool Bachelor in de verpleegkunde.
- De Clercq, H. (2012 – 2013). *"Ik zen m'n leven meug" Fenomenologisch onderzoek naar levensmoeheid* [masterproef]. Tilburg: Tilburg University, Tilburg school of humanities.
- de Lange, F. (2010, september). Klaar met leven. *Zin in Zorg*, 12(3).
- de Lange, F. (2011). Scholing in hoogbejaarde levenskunst. *Christen Democratische Verkenningen*, 14 - 17.
- de Lange, F. (2015). *Loving later life: an ethics of aging*. Grand Rapids, Michigan: William B. Eerdmans Publishing Company.
- de Lange, F. (2015, mei 30). Niemand weet wat voltooid leven is. *Trouw: Letter & Geest*, pp. 16 - 19.
- De Smet, M. (2017, augustus 21). Brieven: Euthanasie. *De Morgen*, p. 14.
- De Vuyst, L. (2018, mei 22). *Intergenerationeel werken in de rusthuisklas*. Opgehaald van Weliswaar. Welzijn en gezondheidsmagazine voor Vlaanderen: <https://www.weliswaar.be/intergenerationeel-werken-de-rusthuisklas>
- Declercq, A., Van Audenhove, C., Mello, J., & Demaerschalk, M. (2007). *Stapstenen naar kleinschalig genormaliseerd wonen. Eindrapport*. Leuven: LUCAS.
- Defesche, F. (2011). *Voltooid leven in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Delbeke, E. (2012). *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*. Antwerpen: Intersentia.

- Delrue, E. (2017, augustus 26). De bewoners van rusthuis Tempelhof over euthanasie bij levensmoeheid. *De Morgen Zomeruur*, pp. 39 - 42.
- Devisch, I. (2017, augustus 21). Mag het iets meer zijn Etienne Vermeersch? *De Morgen*, p. 14.
- Donkervoort, M. (Regisseur). (2010). *Ongeneeselijk oud* [Film].
- Fiksenbaum, L. M., Greenglass, E., & Eaton, J. (2006). 2016. *Journal of applied gerontology*(25), 17-30. doi:10.1177/0733464805281908
- Fleming, J., Farquhar, M., Brayne, C., Barclay, S., & collaboration, C. C.-7. (2016). Death and the old: Attitudes and preferences for end-of-life care-qualitative research within a population-based cohort studie. *PLoS One*(11). doi:10.1371/journal.pone.0150686
- Frankl, V. (2004). *man's search for meaning*. London: Ebury Publishing.
- Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2016). *verpleegkundige excellentie. Verpleegkunde tussen praktijk en ethiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gawande, A. (2014). *Sterfelijk zijn. Geneeskunde en wat er uiteindelijk toe doet*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Goethals, M. (2017, augustus 21). Ik heb eenvoudig geleefd, ik wil ook eenvoudig sterven. *De Standaard*, p. 10.
- Greetje. (2007, februari 26). *Visies binnen de zorg*. Opgehaald van InfoNu: <https://mens-en-samenleving.infonu.nl/sociaal/2606-visies-binnen-de-zorg.html>
- Grootschalige studie levert bruikbaar instrument op voor het (tijdig) identificeren van palliatieve patiënten en de ernst van hun zorgnoden*. (sd). Opgehaald van Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen: <http://www.palliatief.be/pict>
- Jonkers, A. (2017, februari). Niet 'fiksen' maar luisteren. *Nursing*, 16 - 21.
- Jonkers, A. (2017, februari). Niet 'fiksen' maar luisteren. *Nursing*, 16 - 21.
- Klinkhamer, B., & Klinkhamer, K. (2016). *Gelukkig ouder worden. Actief, vitaal en wijs*. Antwerpen: het Spectrum bv.
- KNMG. (2011). *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. Utrecht: artsenfederatie KNMG.
- KNMG. (2017). *Overwegingen van artsenfederatie KNMG bij 'Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven'*. Utrecht: artsenfederatie KNMG.
- Leget, C., Olthuis, G., Baart, A., & Vosman, F. (2010). Nog niet klaar met 'voltooid leven'. *Medisch Contact*, 65(9), 389 - 391.
- LEIF. (sd). *Voorafgaande zorgplanning*. Opgehaald van LEIF: <https://leif.be/voorafgaande-zorgplanning/>
- Lemmens, W. (2017, december 27). In de greep van de euthanasielobby. *De Standaard*, p. 36.
- Lemmens, W. (2018, februari 21). Euthanasiewet toe aan evaluatie. *Kerk en Leven*, p. 5.
- LevensEinde InformatieForum [LEIF]. (sd). *Zes mogelijk medische beslissingen aan het levenseinde*. Opgeroepen op augustus 15, 2019, van LEIF: <https://leif.be/vragen-antwoorden/medische-beslissingen-aan-het-levenseinde/>

- Loon, j. v. (2013). kwanda, een Zuid - Afrikaanse werkwijze in amsterdam Nieuw West. *Geron. Tijdschrift over ouder worden & samenleving*, 15(4), 51 - 54.
- Maarten, G. (2017, oktober 3). Een chihuahua op de schoot, een python in de nek. *De Standaard*, p. 12.
- Meijering, I. (2013, december). Je persoonlijkheid behouden. *Geron. Tijdschrift over ouder worden & samenleving*, 15(4), 40 - 42.
- Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE). (2015). *Voltooid leven, de ervaring*. NVVE. Opgehaald van https://www.nvve.nl/files/8014/4129/1525/Rapport_Voltooid_Leven_definitief.pdf
- Nicholson, C., Meyer, J., Flatley, M., Holman, C., & Lowton, K. (2012). Living on the margin: Understanding the experience of living and dying with frailty in old age. *Social Science and Medicine*(75), 1426-1432. doi:10.1016/j.socscimed.2012.06.011
- Op kot in een woonzorgcentrum*. (2018, juni 21). Opgehaald van Karel De Grote Hogeschool: <https://www.kdg.be/over-ons/nieuws/nieuwsberichten-van-kdg/op-kot-een-woonzorgcentrum>
- Over ons*. (sd). Opgehaald van Triamant: <https://www.triamantgroup.com/over-ons.html>
- Peuteman, A. (2017, augustus 23). Wie helpt oma sterven? *De Knack*, 47(34), pp. 24 - 28.
- Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE). (2018). *EuthanasieCode 2018*. Den Haag: Regionale Toetsingscommissies Euthanasie.
- Rupur, M., Pasman, H., Goedhart, J., Deeg, D., Kerkhof, A., & Onwuteaka-Philipsen, B. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: A qualitative interview study. *Crisis*(32), 204-216. doi:10.1027/0227-5910/a000078
- Selhorst, K. (2017, maart 13). Active ageing in het woonzorgcentrum: droom of realiteit? *Uitgerust*(4).
- Sigrid, S., & Raus, K. (2017). Euthanasie ook voor ondragelijk mentaal lijden? *Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 13, 18 -23.
- Swinnen, A. (2013). Oudere dansers op scène: van danse macabre tot apotheose. *Geron. Tijdschrift over ouder worden & samneleving*, 15(4), 29 - 31.
- Swinnen, T. (2004). *Gelukkig en zinvol ouder worden*. Tielt: Uitgeverij Lannoo.
- Thienpont, L. (2015). *Libera Me: Over euthanasie en psychisch lijden* . Antwerpen: Witsand Uitgevers.
- Van Audenhove, Chantal et al., Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie, Garant, Antwerpen, 2003.
- Van Den Broeck, A., & Eeckhout, B. (2017, augustus 19). Interview: Professor Etienne Vermeersch ziet in de dood soms een 'positief ding'. *De Morgen*, pp. 10 - 11.
- Van Den Noortgate, N., Vanden Berghe, J., De Lepeleire, J., Ghijsbrechts, G., Lisaerde, J., & Beyen, A. (2016). Oud en moe van dagen: Levensmoeheid bij ouderen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*(72), 145–157. doi:10.2143/ TVG.72.03.2002049

- Van Humbeeck, L., Herregods-Van De Pontseele, E., Dillen, L., Piers, R., & Van Den Noortgate, N. (2019). The experience of nurses being confronted with tiredness of life in older persons: a qualitative study. *The Gerontologist*, 1-10.
- van Wijngaarden, E. (2016). *Ready to give up on life: a study into the lived experience of older people who consider their lives to be completed and no longer worth living*. Utrecht: University of Humanistic Studies.
- Van Wijngaarden, E. (2016). *Voltooid leven: over leven en willen sterven*. Amsterdam/Antwerpen: Atlas Contact.
- vanden Berghe, P. (2016). *Leven tot het einde. Karakter*.
- Voltooid. (2019). Uit *Van Dale Woordenboek*. Utrecht: Van Dale Uitgeverij.
- Vonkel... een luisterend huis. (2019). *Over Vonkel*. Opgeroepen op augustus 18, 2019, van Vonkel: <https://www.vonkeleenluisterendhuis.be/over.html>
- Vroman, L. (2015). *Alle malen zal ik wenen: het mooiste van Leo Vroman*. Amsterdam: Querido.
- Wellens, I. (2018, 1 december). Casussen. Namens G. Planckaert, *levensmoeheid*. Symposium georganiseerd door Huisartsenvereniging CRAGT.
- Wet betreffende de euthanasie*. (2016, 30 juni). Geraadpleegd op 15 augustus 2019, van http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&n=2002052837
- World Health Organization (2002). *Active Ageing. International Social Security Review*, 55, 121–139
- Wyckstandt, K. (2017 - 2018). *Prevalentie en risicofactoren van een doodswens bij ouderen*[Masterproef]. Gent: Universiteit Gent.

Voordrachten:

- Voordracht 16 december 2017, Gent, Mortier S., *Seksualiteit bij ouderen*, Festival van de gelijkheid.
- Voordracht 1 december 2018, Gent, Planckaert, G., *Symposium levensmoeheid*, Huisartsenvereniging CRAGT.

Bijlagenlijst

Wet betreffende de euthanasie.....	59
Praktijkuitwerking: folder.....	65

Bijlagen

Wet betreffende de euthanasie.

28 MEI 2002. - Wet betreffende de euthanasie.

(NOTA : Raadpleging van vroegere versies vanaf 22-06-2002 en tekstbijwerking tot 30-06-2016) [Zie wijziging\(en\)](#)

Bron : JUSTITIE

Publicatie : 22-06-2002 nummer : 2002009590 bladzijde : 28515 PDF : [originele versie](#)

Dossiernummer : 2002-05-28/37

Inwerkingtreding : 20-09-2002 (ART. 16)

Artikel [1](#). Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

[HOOFDSTUK I](#). - Algemene bepalingen.

[Art. 2](#). Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.

[HOOFDSTUK II](#). - Voorwaarden en procedure.

[Art. 3](#).§ 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

- [¹ de patiënt een handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, of nog een oordeelsbekwame minderjarige is en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;]¹

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

- de [¹ meerderjarige of ontvoogde minderjarige]¹ patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

[¹ - de minderjarige patiënt die oordeelsbekwaam is, zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden en dat binnen afzienbare termijn het overlijden tot gevolg heeft, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;]¹

en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

§ 2. Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf en in alle gevallen :

1° de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. Hij moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid;

2° zich verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert hij met de patiënt meerdere gesprekken die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;

3° een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

4° indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt bespreken met het team of leden van dat team;

5° indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst;

6° zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.

[¹ 7° indien de patiënt een niet-ontvoogde minderjarige is, bovendien een kinder- en jeugdpsychiater of een psycholoog raadplegen en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.

De geraadpleegde specialist neemt kennis van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt, vergewist zich van de oordeelsbekwaamheid van de minderjarige en attesteert dit schriftelijk.

De behandelende arts brengt de patiënt en zijn wettelijke vertegenwoordigers op de hoogte van het resultaat van deze raadpleging.

Tijdens een onderhoud met de wettelijke vertegenwoordigers van de minderjarige bezorgt de behandelende arts hen alle in § 2, 1°, bedoelde informatie, en vergewist hij zich ervan dat zij hun akkoord geven betreffende het verzoek van de minderjarige patiënt.^[1]

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de [¹ meerderjarige of ontvoogde minderjarige]¹ patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien :

1° een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

2° minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

§ 4. [¹ Het verzoek van de patiënt, alsook de instemming van de wettelijke vertegenwoordigers indien de patiënt minderjarig is, worden op schrift gesteld¹]. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.

Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren en geeft de redenen waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document. Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd.

De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven.

[¹ § 4/1. Nadat de arts het verzoek van de patiënt heeft behandeld, wordt aan de betrokkenen de mogelijkheid van psychologische bijstand geboden.]¹

§ 5. Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

(1)<W [2014-02-28/03](#), art. 2, 003; Inwerkingtreding : 22-03-2014>

[Art. 3bis](#). <ingevoegd bij W 2005-11-10/68, art. 2; Inwerkingtreding : 23-12-2005> De apotheker die een euthanaticum aflevert, pleegt geen misdrijf wanneer hij handelt op basis van een voorschrift waarop de arts uitdrukkelijk vermeldt dat hij handelt in overeenstemming met deze wet.

De apotheker levert persoonlijk het voorgeschreven euthanaticum aan de arts af. De Koning bepaalt de zorgvuldigheidsregels en voorwaarden waaraan het voorschrift en de aflevering van geneesmiddelen die als euthanaticum worden gebruikt, moeten voldoen.

De Koning neemt de nodige maatregelen om de beschikbaarheid van euthanatica te verzekeren, ook in officina-apotheken die toegankelijk zijn voor het publiek.

[HOOFDSTUK III](#). - De wilsverklaring.

[Art. 4](#). § 1. Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft :

- dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- hij niet meer bij bewustzijn is;
- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

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

De wilsverklaring kan op elk moment worden opgesteld. Zij moet schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt en moet gedateerd en ondertekend worden door degene die de verklaring aflegt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwensperso(n)e(n).

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

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

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

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

De Koning bepaalt hoe de wilsverklaring wordt opgesteld, geregistreerd en herbevestigd of ingetrokken en via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld.

§ 2. De arts die euthanasie toepast, tengevolge een wilsverklaring zoals voorzien in § 1, pleegt geen misdrijf indien deze arts er zich van verzekerd heeft dat de patiënt :

- lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
 - hij niet meer bij bewustzijn is;
 - en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is;
- en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf :

1° een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;

2° indien er een verplegend team is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met het team of leden van dat team;

3° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;

4° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

De wilsverklaring en, alsook alle handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het verslag van de geraadpleegde arts, worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

HOOFDSTUK IV. - Aangifte.

Art. 5. De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument bedoeld in artikel 7 van deze wet aan de in artikel 6 bedoelde federale controle- en evaluatiecommissie.

HOOFDSTUK V. - De Federale Controle- en Evaluatiecommissie.

Art. 6. § 1. Er wordt een Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van deze wet, hierna te noemen " de commissie ".

§ 2. De commissie bestaat uit zestien leden. Zij worden aangewezen op basis van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de commissie behoren. Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, [2 van wie er minstens vier docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar zijn]2 aan een Belgische universiteit. [2 Vier leden zijn docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit]2, of advocaat. Vier leden komen uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten.

Het lidmaatschap van de commissie is onverenigbaar met het mandaat van lid van een van de wetgevende vergaderingen en met het mandaat van lid van de federale regering of van een gemeenschaps- of gewestregering.

De leden van de commissie worden, met inachtneming van de taalpariteit - waarbij elke taalgroep minstens drie kandidaten van elk geslacht telt - en op grond van pluralistische vertegenwoordiging, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, benoemd uit een dubbele lijst, voorgedragen door [1 Kamer van volksvertegenwoordigers]1, voor een termijn van vier jaar, die kan

worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid de hoedanigheid waarin hij zetelt verliest. De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt. De commissie wordt voorgezeten door een Nederlandstalige en een Franstalige voorzitter. Deze voorzitters worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep.

De commissie kan slechts geldig beslissen als twee derden van de leden aanwezig zijn.

§ 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op.

(1)<W [2014-01-06/63](#), art. 21, 002; Inwerkingtreding : 25-05-2014>

(2)<W [2016-06-16/09](#), art. 2, 004; Inwerkingtreding : 10-07-2016>

Art. 7. De commissie stelt een registratiedocument op dat door de arts, telkens wanneer hij euthanasie toepast, ingevuld moet worden.

Dit document bestaat uit twee delen. Het DEEL I moet door de arts worden verzegeld. Het bevat de volgende gegevens :

1° de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt;

2° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de behandelende arts;

3° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de arts(en) die over het euthanasieverzoek is (zijn) geraadpleegd;

4° de naam, de voornamen, de woonplaats en de hoedanigheid van alle personen die de behandelende arts heeft geraadpleegd, en de data van deze raadplegingen;

5° indien er een wilsverklaring is waarin een of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen, de naam en de voornamen van de betrokken vertrouwensperso(o)n(en).

[6° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en het adres van de apotheker die het euthanaticum heeft afgeleverd, de afgeleverde producten en hun hoeveelheid en eventueel het overschot dat aan de apotheker werd terugbezorgd.] <Errata, zie B.St. 21-03-2016, p. 19410>

Dit DEEL I is vertrouwelijk en wordt door de arts aan de commissie overgezonden. Er kan alleen inzage van worden genomen na beslissing van de commissie. In geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietraak.

Het tweede deel is eveneens vertrouwelijk en bevat de volgende gegevens :

1° het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt [¹ en, met betrekking tot de minderjarige patiënt, of hij ontvoegd was]¹;

2° de datum, de plaats en het uur van overlijden;

3° de aard van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt leed;

4° de aard van de aanhoudende en ondraaglijke pijn;

5° de redenen waarom dit lijden niet gelenigd kon worden;

6° op basis van welke elementen men zich ervan heeft vergewist dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van enige externe druk;

7° of aangenomen kon worden dat de patiënt binnen afzienbare termijn zou overlijden;

8° of er een wilsverklaring is opgemaakt;

9° de procedure die de arts gevolgd heeft;

10° de hoedanigheid van de geraadpleegde arts of artsen, het advies en de data van die raadplegingen;

11° de hoedanigheid van de personen die door de arts geraadpleegd zijn en de data van die raadplegingen;

12° de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen.

(1)<W [2014-02-28/03](#), art. 3, 003; Inwerkingtreding : 22-03-2014>

Art. 8. De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is overgezonden. Zij gaat op basis van het tweede deel van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in deze wet. In geval van twijfel kan de commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het DEEL I van het registratiedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen.

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.

Is de commissie van oordeel bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

Als bij het opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of kunnen gewraakt worden bij de behandeling van deze zaak in de

commissie.

[Art. 9.](#) Ten behoeve van de Wetgevende Kamers stelt de commissie de eerste keer binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet en nadien tweejaarlijks :

- a) een statistisch verslag op waarin de informatie is verwerkt uit het tweede deel van het volledig ingevulde registratiedocument dat de artsen haar overeenkomstig artikel 8 hebben overgezonden;
- b) een verslag op waarin de toepassing van de wet wordt aangegeven en geëvalueerd;
- c) in voorkomend geval, aanbevelingen op die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van deze wet.

Teneinde deze opdrachten te vervullen, kan de commissie alle bijkomende inlichtingen inwinnen bij de diverse overheidsdiensten en instellingen. De inlichtingen die de commissie inwint zijn vertrouwelijk.

Geen van deze documenten mag de identiteit vermelden van personen die genoemd worden in de dossiers die aan de commissie zijn overgezonden in het kader van haar controletaak zoals bepaald in artikel 8.

De commissie kan besluiten om aan universitaire onderzoeksteams die een gemotiveerd verzoek daartoe doen, statistische en zuiver technische gegevens mee te delen, met uitsluiting van alle persoonsgegevens. Zij kan deskundigen horen.

[Art. 10.](#) De Koning stelt een administratief kader ter beschikking van de commissie voor het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten. De formatie en het taalkader van het administratief personeel worden bij koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voordracht van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en de minister bevoegd voor de Justitie.

[Art. 11.](#) De werkingskosten en de personeelskosten van de commissie, alsook de vergoeding van haar leden, komen voor de ene helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en voor de andere helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Justitie.

[Art. 12.](#) Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, is verplicht tot geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

[Art. 13.](#)^[1] Binnen zes maanden na het indienen van het eerste verslag en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de commissie, bedoeld in artikel 9, vindt hierover een debat plaats in de Kamer van volksvertegenwoordigers. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Kamer van volksvertegenwoordigers is ontbonden en/of dat er geen Regering is die het vertrouwen heeft van de Kamer van volksvertegenwoordigers.^{1]}

(1)<W [2014-01-06/63](#), art. 22, 002; Inwerkingtreding : 25-05-2014>

[HOOFDSTUK VI.](#) - Bijzondere bepalingen.

[Art. 14.](#) Het verzoek en de wilsverklaring bedoeld in de artikelen 3 en 4 van deze wet hebben geen dwingende waarde.

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie.

Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend.

De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.

[Art. 15.](#) Een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie toegepast met toepassing van de voorwaarden gesteld door deze wet, wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven wat betreft de uitvoering van de overeenkomsten waarbij hij partij was, en met name de verzekeringsovereenkomsten.

De bepalingen van artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek zijn mede van toepassing op de in artikel 3 bedoelde leden van het verplegend team.

[Art. 16.](#) Deze wet treedt in werking ten laatste drie maanden nadat ze in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Brussel, 28 mei 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Justitie,

M. VERWILGHEN

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,

M. VERWILGHEN.



Recht tegenover je zit een oudere die je diepboor is en zegt: "Mijn leven is welletjes geweest." Het zou kunnen dat deze persoon leeft onder het gevoel van een volhooid leven.

Definitie Els Van Wifingarden!

Volhooid leven kan omschreven worden als een kluwen van onvermogen en onwil om nog langer verbinding te maken met het leven. Dit proces van losraken en vervreemding (van de wereld en van zichzelf) levert een onhoudende innerlijke spanning en verzet op, en versterkt het verlangen om het leven te beëindigen. De volgende thema's spelen in meer of mindere mate een rol:

- Een diep gevoel van existentiële eenzaamheid;
- Het gevoel er niet meer toe te doen;
- Een groeiend onvermogen om zich te uiten op een wijze die kenmerkend was voor die persoon;
- Geestelijke en lichamelijke moeheid van het leven;
- Een innerlijke afkeer en weerzin ten aanzien van (geveerde) afhankelijkheid.

→ Er is geen leeftijdsgrens te koppelen aan volhooid leven.

→ De definitie volledig terug vinden en proberen afvinken in één persoon is moeilijk. Ieder een is verschillend en beleeft dingen anders.

→ Volhooid leven is heel complex. Het is oké als je het even niet begrijpt.

Wat zijn mogelijkheden om hiermee om te gaan?



Luister naar de persoon met volhooid leven, zo voelt hij/zij zich erkend. Laat het lijdens zijn en wimpel het niet weg?

- Heb geen schrik gevoelens van levensmoeheid erger te maken. Hierover mogen praten is een opluchting en kan heel waardevol zijn.

- Bespreekbaarheid = aanmoedigen tot suicide. Probeer te luisteren, maar niet te oordelen. Vraag door als iemand laat merken dat hij/zij het leven niet lang meer kan volhouden: "waarom zeg je dit...?", "vertel eens...".

- Het is oké om geen goede antwoorden klaar te hebben. Pas als je luistert om te begrijpen, voelt de ander zich gehoord. Levensvragen zijn hoge vragen, die aandacht nodig hebben.

- Als je het moeilijk hebt om over een doodswens te praten, spreek dat dan uit. Geef de persoon voor je echter niet het idee dat hij/zij er beter niet over praat door te zeggen: "maar het is pudding vanmiddag, iets om naar uit te kijken dus!".

- Laat het niet varen na één gesprek, vraag nog eens of de persoon er nog steeds mee zit. Indien nodig stel je een geestelijke verzorger voor.



Levensmoeheid is verwerven met de tijd en hongert misschien zelfs tussen generaties in. Een levensverhooid kan helpen om dit te overzien.

Het geeft de oudere het gevoel dat ze iets kunnen bijdragen. Wanneer jij dan terecht antwoordt met "dit heeft me echt anders doen denken" wordt dit gevoel versterkt. Ook kan er soms nog iets pijnlijk op ontgewerd in het verleden liggen die aandacht nodig heeft. Enkele tips om het verleden op te roepen:

- Geef de tip om een gebeurtenis op te schrijven. Eerst feitelijk, dan gevoelsmatig. Zo wordt de herinnering ruimer.

- Luister naar een verhooid. Vragen stellen kan, zo blijf je misschien een nieuw perspectief aan.

- Ga op zoek naar oude krantenartikelen, een foto, een dagboek, een archief. Bezook een museum. Reis terug in de tijd.

- Stel voor om een schilderij, een gedicht, een filmpje of iets anders te maken. Zo geef je vorm en creëer je diepgang.

- Gebruik de app 'Prismo' om een gesprek te storten. Je vindt er oud beeldmateriaal, liedjes, fragmenten en nog meer!





In de noemer van levensmoechtheid staat 'eenzaamheid', 'mochteloosheid', 'angst voor afankelijkheid', 'verlies', 'gemis aan controle over...', 'zichzelf kwijt zijn'.

Een breuklijn kan zich schulthouden in:

- Maak geen beslissing over iemand, zonder iemand. Dit geeft regie terug in handen.
- Geef liefde, respect en solidariteit, die leiden tot zelf – vertrouwen, zelf – respect en zelf – waardering.
- Mijd het onderwerp 'de dood' niet, zo weet de persoon dat hij/zij bij jou terecht kan en dat praten mag. Sterven is nu eenmaal natuurlijk wat volgt op geboren worden.
- Verbreek het taboe rond seksualiteit, dat gaat namelijk over intimiteit. Seksualiteit is meer dan seks alleen. Ga eens mee in een vuile mop. Praat over relaties. Over wat veranderde. Wees klaar om op eventuele vragen te kunnen antwoorden.



En verder?



Wilt u de complexiteit beter weten en bent u op zoek naar een casus om het beter te begrijpen? Dan helpen volgende filmpjes u verder:

- 'Ongeneeslijk oud' door Margot Donkervoort.
- 'Topdoctors' door VIER, aflevering met Wim Distelmons, seizoen 4 aflevering 4.



Meer voorbeelden van goede praktijkent? Zoek deze termen eens op:

- Bluezones van Triamont.
- Kleinschalig genormaliseerd wonen.
- Active ageing.
- Betelienisvolle Activiteiten Methode.



Wilt te lezen en verstaanbare lectuur over het onderwerp en meer? Deze helpen u verder:

- Voltooid leven. Over leven en willen sterven. Door Els Van Wijngaarden [2016].
- Sterfelijk zijn. Door Abdul Gavronda [2014].

Een vraag voor u!

Waarom is het belangrijk dat programma's als 'Benidorm bastards' en 'hotel Romantiek' op televisie komen? Waarom moeten woonzorgcentra ook op sociale media, ook al hebben ze hiervoor geen draagvlak bij hun bewoners?

¹ Van Wijngaarden, E. (2016). Voltooid leven: over leven en willen sterven. Amsterdam/Amersfoort: Atlas Contact.

² Jansen, A. (2017). Sterfelijk. Niet 'Sterf' maar 'Liefere'. Nieuwsg, 16- 21.

**VOLTOOID
LEVEN, TIPS
VOOR IEDEREEN
MET EEN HART
VOOR OUDEREN**



'In dit boek van hoofdredacteur Aart de Geus, Arnhemse Universiteit, Geus: "Voltooid leven": wat is de a roman? Inzichten en tips voor alle met een hart voor ouderen."

