

FEDERALE ADVIESRAAD VAN OUDEREN

Advies 2026/001

De Federale Adviesraad voor Ouderen (FAVO), opgericht bij de wet van 8 maart 2007 zoals gewijzigd door de wet van 16/04/2023 tot oprichting van een Federale Adviesraad voor Senioren en waarvan de leden werden benoemd bij koninklijk besluit van 12 oktober 2023, heeft de opdracht om, op eigen initiatief of op verzoek van de federale regering of een wetgevende kamer, adviezen uit te brengen over materies die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen met betrekking tot pensioenen, gelijke kansen, sociale integratie en de strijd tegen ongelijkheid, toegankelijkheid voor gezondheidszorg en mobiliteit.

In toepassing van artikel 3, § 3, 1° van voormelde wet van 8 maart 2007 brengt de CCFA het volgende advies uit:

ADVIES VAN DE FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN BETREFFENDE “KWALITEIT VAN LEVENSEINDE”

Inhoud:

1. STERVEN IN BELGIE

2. STERVEN AFSCHIED NEMEN EN ROUWEN ZIJN DEEL VAN HET LEVEN

3. PALLIATIEVE ZORG

- 3.1 Wat is palliatieve zorg?
- 3.2 Plaats van de palliatieve zorg in het federaal gezondheidsbeleid
- 3.3 Palliatieve zorg op maat dankzij samenwerkingsakkoord
- 3.4 Zelfregie als uitgangspunt
- 3.5 Palliatieve zorg op maat de rol van de hulpverlener

4. VOORAFGAANDE ZORGPLANNING

- 4.1 Het bespreekbaar maken van levenseindevragen, brede campagne nodig
- 4.2 Voorafgaande zorgplanning verankeren in de preventieve gezondheidszorg
- 4.3 Het respecteren van de voorafgaande zorgplanning
- 4.4 Breed debat over grenzen aan genezen

5. UITBREIDEN WET EUTHANASIE

- 5.1 Euthanasie bij dementie en verworven wilsonbekwaamheid
- 5.2 Zelfbeschikkingsrecht respecteren
- 5.3 Rol van naasten, zorgverleners en artsen
- 5.4 Zorg en wetgeving zijn geen tegenpolen

- 5.5 Euthanasie bij voltooid leven
- 5.6 Fundamentele waarden in het gedrang
- 5.7 Signalen van ouderen ernstig nemen
- 5.8 Parlementair debat over euthanasie bij voltooid leven

Inleiding.

Dit advies kwam tot stand na een contact met de Vlaamse adviesraad voor ouderen (VLORA). De Federale adviesraad (FAVO) onderschrijft de noodzaak om een advies over het levenseinde uit te brengen. Sterven, afscheid nemen, rouwen maken een almaar groeiend deel uit van ons dagelijks leven. Toch blijft sterven nog veel te veel een medisch gebeuren. Er wordt te weinig rekening gehouden met hoe de betrokken patiënt zijn levenseinde ziet. Het rouwproces van wie achterblijft heeft geen plaats in onze samenleving. We organiseerden een aantal hoorzittingen met wetenschappers en met vertegenwoordigers van het middenveld.

Bij het formuleren van dit advies maakten we dankbaar gebruik van het werk dat reeds door de VLORA gebeurde.

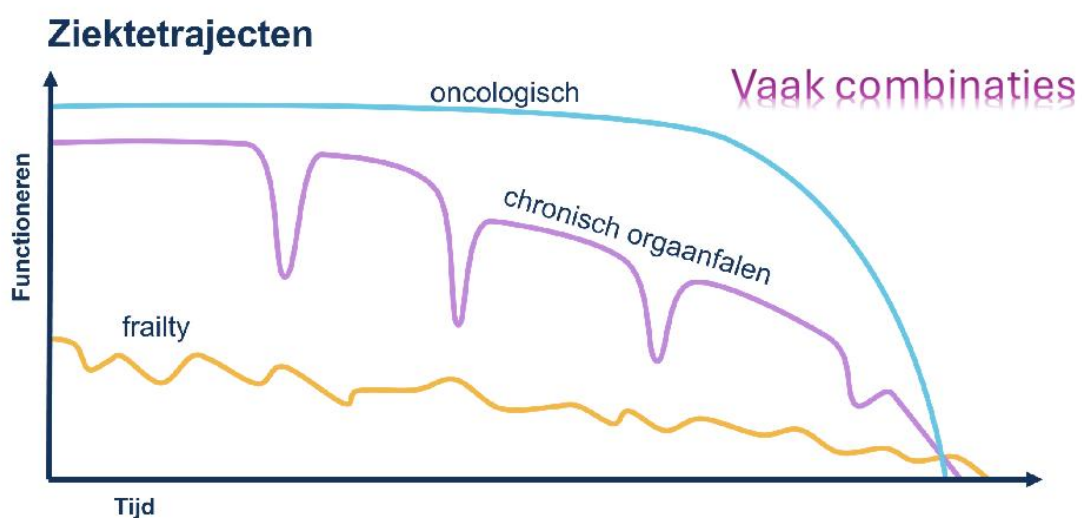
Kwaliteit van het levenseinde laat zich niet in de hokjes stoppen van de ingewikkelde Belgische bevoegdheidsverdeling. Samenwerking is nodig. De FAVO werkt samen met de adviesraden van de gemeenschappen aan een gezamenlijk advies en hoopt dat ook de verschillende bevoegde ministers samenwerken aan een beleid dat de kwaliteit van het levenseinde voor alle inwoners van dit land garandeert.

1 STERVEN IN BELGIE

In 2024 stierven in ons land 112.029 mensen. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde van de afgelopen (niet corona) jaren. Het aantal overlijdens schommelt door factoren als griepseizoenen, temperaturen en luchtvervuiling. De levensverwachting bij de geboorte lag in België in 2024 op 82,35 jaar. In 2000 was dat nog 77,79 jaarⁱ. Bovendien neemt het aantal mensen dat die leeftijd bereikt verder toe, samen met het ouder worden van de grote babyboomgeneratie.

Drie op de vier overlijdens vindt plaats nadat iemand de leeftijd van 75 jaar heeft bereikt. Mensen sterven liefst plots en liefst thuis. Ze vrezen de aftakeling en de pijn die hoort bij een lang gerekt ziekteproces. Maar ondanks deze wens sterft slechts één op drie plots. Ongeveer twee derde van de mensen overlijdt in het ziekenhuis, 23% sterft thuis, de overige 7% sterft in een residentiële zorginstelling.

Onderstaande grafiek toont het ziekteverloop van verschillende aandoeningen. (Presentatie van Prof. dr. Lieve Van den Block Directeur Onderzoeksgroep Zorg rond het Levensende, VUB-UGent.)



Bij ongeneeslijke oncologische ziekten wordt een relatief stabiele fase gevolgd door een fase waarin de persoon heel sterk achteruitgaat tot aan het overlijden, Bij chronische ziekten (bv. COPD, nierfalen, hartfalen, ...) wordt de trage achteruitgang onderbroken door acute crisissituaties, waarbij uiteindelijk één van die crisissituaties het overlijden zal veroorzaken, Bij diverse vormen van dementie, Parkinson, frailty ('kwetsbaarheid'), ... zien we een voortdurende en trage achteruitgang doorheen jaren.

Het aantal mensen met dementie in België wordt geschat op ongeveer 216.658 in 2025, met een verwachte stijging van 35% naar bijna 300.000 mensen in de komende 15 jaar.

Onze huidige hoge levensverwachting is een gigantisch succesverhaal, onder andere door betere huisvesting, sociale zekerheid, de wetenschap en de medische revoluties. Maar het langer leven wil vaak ook zeggen dat we ouder sterven. Het zorgt er namelijk ook voor dat een stijgend aantal mensen een langere periode van afnemende mogelijkheden kennen, waarbij ook de nood aan zorg en de afhankelijkheid toenemen.

Ouderen worden dus het meest geconfronteerd met levenseinde en verlies – zowel direct, het eigen sterven komt dichterbij, als indirect, het overlijden van naasten. Meer in het algemeen wordt één Belg op de tien jaarlijks geconfronteerd met een overlijden van een naaste. Dat kunnen we afleiden uit internationaal onderzoekⁱⁱ, dat aangetoonde dat bij elk overlijden gemiddeld negen personen (familieleden) rechtstreeks getroffen worden.

Sterven, afscheid nemen, rouwen maakt een almaar groeiend deel uit van ons dagelijks leven. Toch blijft sterven nog veel te veel een medisch gebeuren en een taboe. Er wordt te weinig rekening gehouden met hoe de betrokken patiënt zijn levenseinde ziet. Het rouwproces van wie achterblijft heeft geen plaats in onze samenleving.

Met dit advies wil de FAVO meer diversiteit en nuance brengen in het debat over het levenseinde.

2. STERVEN AFSCHEID NEMEN EN ROUWEN ZIJN DEEL VAN HET LEVEN

Wie stervende is, wordt niet voortdurend omringd door professionele zorg. In de meeste gevallen is het de directe omgeving die nabij is: familie, buren, vrienden. Toch blijkt het niet vanzelfsprekend om elkaar te ondersteunen in deze kwetsbare situaties. De juiste woorden ontbreken vaak, en het omgaan met verlies en sterven blijft voor velen moeilijk bespreekbaar. De functie van 'aanwezig zijn' en 'er zijn voor iemand' bij sterfte – vroeger vanzelfsprekend – is vandaag niet meer gegarandeerd, zelfs niet binnen professionele hulpverlening.

Rouw is onlosmakelijk verweven met het levenseinde.

Internationaal onderzoek toonde aan dat meer dan 90% van de mensen omgaat met rouw- en verlieservaringen zonder gespecialiseerde, professionele rouwondersteuning en terugvallen op hun familie en informele netwerk.

Rouw is een normale reactie op verlies. Het vraagt om erkenning, ruimte en tolerantie en empathie voor het ervaren gemis. Rouwen vraagt om een cultuur waarin rouw zichtbaar en bespreekbaar is, als alledaags onderdeel van het leven. Vandaag is dat nog onvoldoende het geval: het taboe rond rouw blijft hardnekkig aanwezig.

Het bevorderen van gezondheid en welzijn in deze context vraagt om een brede maatschappelijke en burgerlijke betrokkenheid. Overheden, welzijnsorganisaties, scholen, religieuze gemeenschappen, werkplekken en buurten kunnen samen bouwen aan een ondersteunende omgeving. Door samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid ontstaat een sociaal weefsel waarin zorg en verlies een plaats krijgen.

Een inspirerend kader hiervoor is het concept *compassionate communities*. Deze mondiale beweging ontstond in 2006 in Australië, als uitbreiding van de *Healthy Cities*-beweging, waarin levenseinde aanvankelijk geen plaats kreeg. **Compassionate communities** te begrijpen in de zin van een organisatie uit de civiele maatschappij” (cf. Angelsaksisch) erkennen dat ziekte, dood en verlies dagelijkse realiteiten zijn, en dat zorg voor elkaar niet enkel de

taak is van professionals, maar van iedereen. De beweging groeit wereldwijd, en ook in België zijn de eerste initiatieven gestart. Ze willen dat mensen in de samenleving de vaardigheden, kennis en attitude ontwikkelen om met levenseinde om te gaan – in alle sectoren van de maatschappij: van sportverenigingen tot scholen, van werkplekken tot religieuze gemeenschappen. Compassionate communities combineren een bottom-up en top-down aanpak, waarbij lokale verankering essentieel is. Er bestaat geen vast stappenplan voor het uitbouwen van compassionate communities. De aanpak verschilt per context, cultuur en beschikbare middelen.

Het doel is niet om van burgers nieuwe professionals te maken, maar om hen te versterken in hun rol als zorgende mens. Zo kunnen professionals zich toespitsen op hun expertise, terwijl burgers ondersteunen waar ze kunnen – bijvoorbeeld om sociale opnames in ziekenhuizen te verminderen. Kleine gebaren, zoals aanwezig zijn bij sterfte of het bespreekbaar maken van verlies, maken een groot verschil.

Lokale besturen en het middenveld spelen hierin een belangrijke rol. Zij staan dicht bij de bevolking en kunnen voorwaarden scheppen om lokale netwerken rond ziekte, sterven en rouw te versterken. Vandaag al worden in heel wat gemeentes in samenwerking met middenveldorganisaties, troostplekken ingericht. Sterfte en verlies bespreekbaar maken kan erg breed worden uitgerold via beleid en initiatieven van het middenveld via Zorgzame Buurten, armoedebestrijding, geestelijke gezondheid, vrijwilligerswerk, onderwijs en woonzorg. Er is nood aan een maatschappelijke herwaardering van rituelen en troostplekken en dit rekening houdend met de diversiteit van de rouwcultuur in de verschillende gemeenschappen.

Het normaliseren van het levenseinde is essentieel. Iedereen komt ermee in aanraking. Openheid en het doorbreken van taboes zijn nodig om ook andere thema's zoals vroegtijdige zorgplanning en euthanasie bespreekbaar te maken. De centrale boodschappen van compassionate communities moeten als leidraad in het beleid worden geïntegreerd.

Daarom vraagt de FAVO dat:

- **de federale beleidsmakers expliciet investeren in de sociale dimensie van palliatieve zorg, met aandacht voor de rol van burgers, mantelzorgers en gemeenschappen.**
- **er wordt ingezet op toegankelijke handvatten en vorming voor burgers over hoe om te gaan met ernstige ziekte, mantelzorg, verlies en rouw.**
- **lokale besturen initiatieven ondersteunen zoals overlegtafels, troostplekken, herdenkingsmomenten en samenwerking tussen professionele zorgorganisaties, middenveldorganisaties, lokale ouderenraden en vrijwilligers.**
- **de ambitie rond compassionate communities, ook een plaats krijgt in de uitbouw van de palliatieve zorg,**

3. PALLIATIEVE ZORG

3.1 Wat is palliatieve zorg?

“...een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en naasten die geconfronteerd worden met de problemen van levensbedreigende aandoeningen, door de preventie en leniging van lijden, middels vroege identificatie en grondige beoordeling en behandeling van pijn en andere fysieke, psychosociale en existentiële problemen.” (WHO 2002)

De FAVO onderschrijft deze definitie van de WHO. Dit betekent dat palliatieve zorg:

- **geen terminale zorg is, maar vanaf vroegere stadia in de ongeneeslijke ziekte wordt opgestart**
- **focust op levenskwaliteit en comfort op medisch, psychologisch, sociaal en existentieel vlak**
- **complementair is aan een curatieve en levensverlengende benadering**

- met bijzondere aandacht voor de betrokken persoon en met aandacht voor de noden van de naasten

3.2 Plaats van de palliatieve zorg in het federaal gezondheidsbeleid

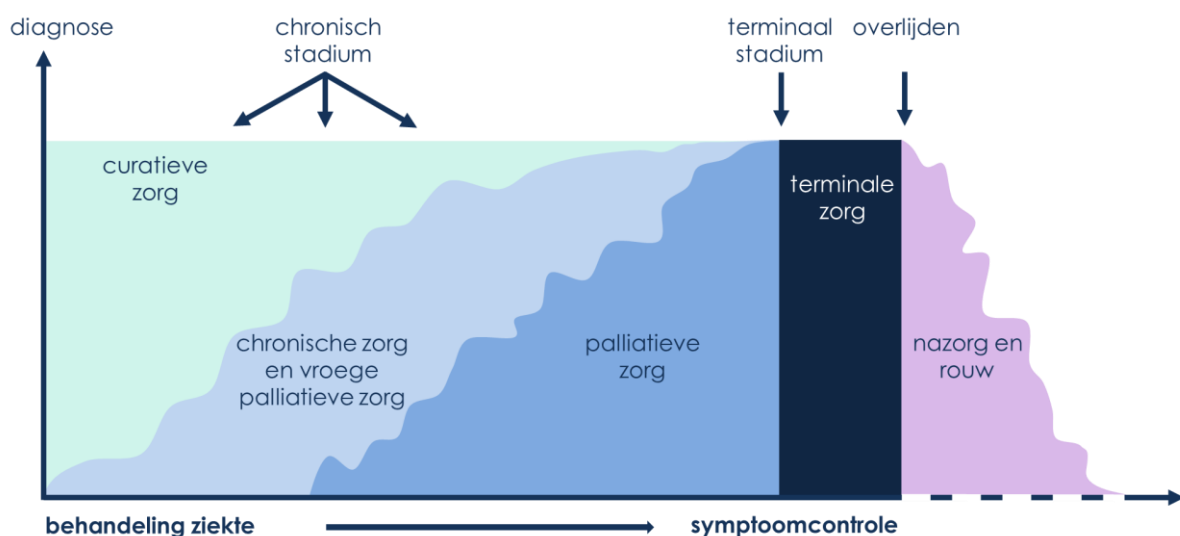
Vandaag beantwoordt de palliatieve zorg binnen het federaal gezondheidsbeleid niet aan de WHO-normen.

Het KCE (Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg), publiceerde recent twee rapporten met als bedoeling het federaal beleid beter af te stemmen op de nieuwe inzichten en realiteiten.

Palliatieve zorg: hoe financiële ondersteuning aanpassen aan de noden van de patiënt? Een verkennende studie, 2023.

Het versterken en vervolledigen van het palliatieve zorgaanbod voor de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats,

2024 <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/het-versterken-en-vervolledigen-van-het-palliatieve-zorgaanbod-voor-de-juiste-zorg-op-het-juiste>



Momenteel bestaan een aantal maatregelen om palliatieve patiënten thuis financieel te ondersteunen voor de specifieke – en vaak hoge – kosten. Zij kunnen gratis een beroep doen op bepaalde medische prestaties en een palliatief forfait van de ziekteverzekering (RIZIV) ontvangen om de gestegen kosten te dragen. Dit forfait bedraagt 827,99 EURO (1-1-2025), en kan twee maal worden aangevraagd. Het wordt toegekend op basis van een aantal voorwaarden, geattesteerd door de huisarts (o.a. een levensverwachting van max 3 maanden en de wens om thuis te sterven).

Het KCE concludeert dat deze voorwaarden niet stroken met de definitie van de WHO waar de verwachte levensduur van de patiënt geen voorwaarde is voor het opstarten van palliatieve zorg. Het inschatten van de tijd die de patiënt nog te leven heeft is bovendien een delicate oefening voor artsen. Hierdoor worden sommige mensen niet tijdig als palliatieve patiënt geïdentificeerd en krijgen ze veel te laat (of helemaal geen) financiële steun.

Het KCE blijft echter uitgaan van de medische inschatting van de palliatieve noden door een huisarts en werkt aan instrumenten om die inschatting te verfijnen.

In België bestaat er al een officieel instrument PICT (Palliative Care Indicator Tool) waarmee de huisarts palliatieve patiënten kan identificeren. Die tool is volgens het KCE niet geschikt om te gebruiken bij de toekenning van financiële steun.

Toch werd dit instrument interessant bevonden om met de patiënt over zijn behoeften inzake levenseinde te praten. Zo wordt vandaag de **PICT** schaal door de huisarts gebruikt om advanced care planning op te starten. Vanaf 1 november 2022 vergoedt het RIZIV de volledige kost van deze gesprekken volgt een evaluatie.

De Federale Evaluatie-cel Palliatieve Zorg en de federale autoriteiten hebben het KCE gevraagd om na te gaan met welk instrument het RIZIV zijn financiële steun beter kan afstemmen op de ernst en complexiteit van de situatie van de patiënt.

Zowel palliatieve zorg als Advance Care Planning of vroegtijdige zorgplanning worden vandaag te eng bekeken en beantwoorden niet aan de definitie van de WHO. Ze zijn ingebed in het medische carcan van het RIZIV. Palliatieve zorg vraagt een holistische benadering waar naast medische zorg en pijnbestrijding ook aandacht is voor psychologische, sociale en existentiële vragen. Goede palliatieve zorg kan niet beperkt worden tot de patiënt maar neemt de hele omgeving mee.

De FAVO vraagt om het pad van inschalingsinstrumenten te verlaten. Dit is niet alleen omslachtig en vermoeiend voor de patiënt maar ook erg belastend voor de al overvraagde huisarts.

3.3 Palliatieve zorg op maat dankzij samenwerkingsakkoord

Maar “palliatief” betekent niet “bijna dood”. Er zijn grote individuele verschillen wat betreft overleving en door nieuwe medicatie leven palliatieve patiënten langer.

De verwachtingen die de patiënten en zijn omgeving hebben van palliatieve zorg evolueren met de ziekte.

Bij aanvang, na het vernemen dat de patiënt ongeneeslijk ziek is, zullen vragen als hoe lang heb ik nog, hoe evolueert de ziekte en wat staat me nog te wachten...domineren. Later komen praktische vragen over zorg (incontinentie, dwaalgedrag bij dementie...). Pas op het einde is er nood aan gespecialiseerde zorg en lopen de kosten voor die zorg op. Vaak is de huisarts pas actief betrokken bij de zorg voor de patiënt in deze laatste fase. Voordien is het de oncoloog, neuroloog, geneesheer specialist die de palliatieve patiënt opvolgt.

Het KCE beperkt zich in zijn rapporten nog te veel tot deze laatste fase.

Palliatieve zorg uitbouwen vanuit een holistische benadering waar naast medische zorg en pijnbestrijding ook aandacht is voor psychologische, sociale en existentiële vragen en ook de omgeving van de patiënt wordt meegenomen kan alleen als er wordt samen gewerkt tussen de federale overheid en de gemeenschappen.

De Franstalige en de Vlaamse gemeenschap investeren vandaag reeds in palliatieve netwerken, in vorming van verschillende hulpverleners zoals verpleegkundigen, thuisverzorgers...maar ook sociaal werkers. Deze

medewerkers worden ook gevormd om gesprekken over vroegtijdige zorgplanning te doen.

Een palliatieve zorg die beantwoordt aan de WHO-definitie kan alleen als de federale overheid samen met de gemeenschappen en regio's een model uitwerkt dat zorg op maat van de palliatieve patiënt en zijn omgeving garandeert. De FAVO vraagt dan ook om een samenwerkingsovereenkomst te sluiten tussen de federale overheid en de gemeenschappen.

De FAVO vraagt dat het federale beleid rond palliatieve zorg zich inschrijft in de holistische benadering. Palliatieve zorg hoeft niet altijd gecoördineerd te worden door de huisarts. Ook een opgeleide medewerker van het regionaal palliatief netwerk kan de taak van casemanager opnemen.

3.4 Zelfregie als uitgangspunt

De FAVO vraagt wanneer mogelijk te vertrekken van de zelfregie van de palliatieve patiënt.

Ouderen willen de dirigent blijven van hun eigen leven. Ook wat betreft hun levenseinde. Hoewel we verwachten dat ook in palliatieve zorg zelfregie wordt nagestreefd, is het voor mensen in een kwetsbare situatie niet altijd mogelijk om dat waar te maken, bijvoorbeeld door afhankelijkheid van anderen, door taalbarrières, door de gezondheid die hierop een nadelige impact heeft, ... In dat geval moet er ondersteuning worden geboden om, in de mate van het mogelijke, hen nog steeds toe te laten om autonome keuzes te maken.

De FAVO benadrukt ook de rol van Patiëntenverenigingen en verenigingen voor mantelzorgers in het netwerk van palliatieve zorg rond de patiënt.

Patiëntenverenigingen evolueren meer en meer naar professionele organisaties die diagnosestelling bespoedigen en de patiënt en zijn omgeving meer toelichting geven. Ze communiceren ook met hun leden over nieuwe therapieontwikkeling en ze weten veel over zelfregie; over het effectief leven met een ziekte. Zij hebben naast de bestaande mantelzorgorganisaties via lotgenotencontacten ook een belangrijke rol in de begeleiding van de mantelzorger. Uit recent onderzoek blijkt dat een mantelzorger die ondersteunt wordt door een patiëntenorganisatie gemiddeld één jaar langer zorg verleent.

De mantelzorger is meestal onmisbaar om palliatieve zorg in de thuisomgeving mogelijk te maken. Beleid en onderzoek over palliatieve thuiszorg vertrekken al te vaak van de aanwezigheid van een permanent aanwezige mantelzorgen.

Dit is in de overgrote meerderheid de inwonende partner. Maar door de stijging van het aantal 80-plussers stijgt ook het aantal alleenstaanden. Ze waren ooit mantelzorger voor hun partner maar zijn nu weduwe of weduwnaar ze hebben geen 'natuurlijke' mantelzorger meer. Omdat mannen vaker op jongere leeftijd overlijden sterven en nog een inwonende mantelzorger hebben, sterven zij vaker thuis (26%) dan vrouwen (18%).

De FAVO vraagt om samen met de gemeenschappen en regio's, modellen te ontwikkelen die het ook voor de alleenstaande haalbaar maken om thuis de nodige palliatieve zorg te krijgen en zo in te spelen op de wens van de meeste mensen om thuis te overlijden.

Uit de cijfers blijkt immers dat de meeste mensen nog steeds overlijden in een ziekenhuis of woonzorgcentrum. Ook morgen zullen nog heel wat ouderen overlijden in een residentiële stetting. Soms kiezen ouderen voor het woonzorgcentrum, vaak ook is er geen keuze 'het kon echt niet meer anders' vergoelijkt de familie die moeilijke beslissing. Vooral ouderen met dementie komen in een laatste levensfase vaak terecht in het WZC.

3.5 Palliatieve zorg op maat - de rol van de zorgverlener

Zorg verlenen is niet beperkt tot technische prestaties maar moet uitgaan van de wilsbeschikking van de patiënt, de gekende rechten en verwachtingen.

Vandaag wonen ouderen gemiddeld anderhalf à twee jaar in het woonzorgcentrum, en overlijden ze uiteindelijk meestal daar.

Palliatieve zorg in het WZC is vandaag de verantwoordelijkheid van het palliatief team bestaande uit de referentiepersoon palliatieve zorg, de coördinerend en raadgevend arts (CRA) en de hoofdverpleegkundige. Ze zijn verantwoordelijk voor de organisatie van de palliatieve zorg in de voorziening.

Palliatieve zorg en levenseindezorg moeten integraal onderdeel zijn van de zorg en de ondersteuning binnen het woonzorgcentrum en is de taak van elke

medewerker en niet alleen een opdracht voor het palliatief team. Hier is nog veel verbetering mogelijk.

Ook in ziekenhuizen wordt gewerkt met een Palliatief supportteam. Hierboven zagen we dat de overgrote meerderheid van mensen (2/3) overlijdt in een ziekenhuis. Dit gaat uiteraard over een andere populatie. Bij 65+ers bedraagt dit nog 50%.

Het palliatief supportteam biedt advies en ondersteuning bij de verzorging van palliatieve personen die in het ziekenhuis verblijven. Naast artsen en verpleegkundigen telt het team psychologen, maatschappelijk werkers, pastores en/of vrijzinnig humanistische consultants. Het palliatief supportteam werkt nauw samen met de behandelende arts en de verpleegkundigen van de afdeling.

Verder bestaan in ziekenhuizen aparte palliatieve afdelingen. Tenslotte zijn er een aantal erkende onafhankelijke 'hospices' waar mensen palliatieve zorg krijgen.

Palliatieve zorg in de residentiële voorzieningen is nog steeds te weinig geïntegreerd in de zorg. Het is iets wat er bovenop komt. Nog te vaak bepaalt de zorgverlener en niet de patiënt hoe hij zijn laatste dagen ziet.

Uit een onderzoek van het KCE leren we dat palliatieve zorg - die bestaat uit de bestrijding van pijn en andere symptomen, en psychische, sociale en spirituele ondersteuning - vaak te laat wordt opgestart en als onvoldoende beschikbaar wordt ervaren.

Zo wordt aan patiënten met de longaandoening COPD minder vaak palliatieve zorg aangeboden dan aan andere chronische patiënten. Mensen met dementie ondervinden dan weer meer problemen om mee te beslissen over hun behandeling, en er wordt bij hen ook minder aan pijn- en symptoombestrijding gedaan.

Zorgverleners spelen een grote rol bij het al dan niet verlenen van passende zorg. Door de werkdruk maken ze vaak onvoldoende tijd vrij om met de patiënt zijn wensen te bespreken.

Niet alleen zorgverleners, maar ook zorgorganisaties, zoals ziekenhuizen, woonzorgcentra en thuiszorg, zouden daarom ook het luisteren naar, praten met en aanwezig zijn bij de patiënt als onderdeel moeten zien van de normale, dagelijkse activiteiten.

Artsen zijn ook steeds meer gespecialiseerd, waarbij ze zich vaak op één bepaalde aandoening richten, en de patiënt en diens levenskwaliteit niet meer als een 'geheel' beschouwen. Wanneer verschillende specialismen en organisaties betrokken zijn bij de levenseindezorg, kan samenwerken ook ingewikkeld zijn. Hoe dan ook moet niet alleen rekening worden gehouden met de medische aspecten, maar ook met levenskwaliteit, en moet er aandacht zijn voor de psychologische en spirituele ondersteuning van de patiënt en zijn naasten.

Artsen zijn ook vooral opgeleid om patiënten te genezen. Niet of anders behandelen kunnen ze als een mislukking zien. Ook de manier waarop de zorg vandaag wordt gefinancierd werkt dit in de hand, want zorginstellingen en artsen worden vaak per prestatie betaald, en dat kan meer aanzetten tot 'doen' (*CURE*) dan 'laten' (*CARE*)

Ook in de maatschappij in het algemeen is praten over het levenseinde taboe. Bovendien is 'opgeven' en 'niets doen' vandaag geen optie. De patiënt wil of ondervindt vaak druk om te 'blijven vechten'. Daarnaast worden er onrealistische verwachtingen over de geneeskunde gekoesterd. Dit is o.a. te wijten aan juichende berichtgeving in de (sociale) media die nieuws over zogenaamde spectaculaire doorbraken vaak klakkeloos overnemen.

De FAVO onderschrijft deze bekommernissen en vraagt

Om samen met de gemeenschappen en regio's (zie samenwerkingsovereenkomst) de opleiding van artsen en andere gezondheidswerkers over palliatieve zorg te optimaliseren. Vandaag vinden we die alleen terug in het curriculum van huisartsen en oncologen.- Alle gezondheidswerkers moeten in hun opleiding leren wat multidisciplinaire palliatieve zorg kan bieden en hoe ze tijdig van curatieve naar palliatieve zorg overschakelen.

Therapeutische hardnekkigheid hypothekeert niet alleen de levenskwaliteit van de patiënt maar kost de ziekteverzekering ook onnodig veel geld. Uit cijfers van het RIZIV leren we dat minstens één op de tien Belgische patiënten met kanker chemotherapie kreeg tijdens de laatste twee levensweken. Dit aandeel is ongeveer stabiel gebleven tussen 2008 en 2023. Het percentage patiënten dat aan het einde van hun leven nog een agressieve behandeling krijgt, varieert aanzienlijk volgens het soort kanker.

De FAVO vraagt om methodes te ontwikkelen om onnodige onderzoeken/therapieën aan het levenseinde op te sporen en-maatregelen te nemen om deze praktijk af te remmen.

Uiteindelijk vertrekken we van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Wat kwaliteit van het levenseind is wordt bepaald door de patiënt zelf. Zo bepaalt de patiënt welke handelingen hij nog wil aan het einde van zijn leven. Om te weten wat die patiënt wil moeten we ondubbelzinnig kiezen voor voorafgaande zorgplanning.

4. VOORAFGAANDE ZORGPLANNING.

‘Voorafgaande zorgplanning (VZP) is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en zorgverlener(s) waarbij uiteindelijk toekomstige zorgdoelen besproken en gepland kunnen worden. Het doel van dit proces is het expliciteren van de waarden en voorkeuren van de patiënt over zijn toekomstige zorg. Hierdoor dient het de besluitvorming te bevorderen op het ogenblik dat de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten’. (Uit de richtlijn van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen - 2015)

Een mogelijk element van een VZP is dat voorafgaande wilsverklaringen (bv. over euthanasie, orgaandonatie, medische behandelingen die men niet meer wil ontvangen, enz.) worden ingevuld.

Een VZP kan echter veel uitgebreider zijn. Ze kan bv. vastleggen wat de patiënt beschouwt als een te lage levenskwaliteit, voor welke levensdomeinen hij ondersteuning zou wensen (bv. lichamelijke beperkingen, sociale situatie (partner, kinderen,...), levensbeschouwelijke kwesties, enz.).

Tenslotte kan men via de voorafgaande zorgplanning ook keuzes maken voor het geven van een zorgvolmacht en wensen uitspreken over uitvaart en begraving.

4.1 Het bespreekbaar maken van levenseindevragen, brede campagne nodig.

Er is nog heel wat werk om het praten over het levenseinde bespreekbaar te maken in onze samenleving.

De FAVO vraagt een brede campagne om de voorafgaande zorgplanning bespreekbaar te maken.

Die is niet alleen gericht op ouderen maar tracht de brede bevolking te overtuigen om vast te leggen hoe ze hun levenseinde zien. Ook jongeren worden immers onverwacht getroffen door ziekte en ongevallen. Kinderen kunnen hun ouders overtuigen om samen te praten over levenseinde vragen.

Maar de kans op een levensbedreigende kwaal neemt toe met het ouder worden en vermits het aantal ouderen toeneemt, moet er liever vandaag dan morgen ingezet worden op de vroegtijdige zorgplanning bij ouderen.

Tijdens de hoorzittingen die we -voorafgaand aan dit advies- organiseerden, leerden we een aantal interessante initiatieven kennen zoals “les Mortels cafés” uitgewerkt door Liages (Solidaris) naar een model van Bernard Crettaz, Zwitsers socioloog. Deze “Mortels cafés” zijn geen rouwgroepen maar samenkomsten waar men open over de dood en het levenseinde praat. Ook “le carnet de vie” uitgewerkt door Eneo is een interessante tool om levenseinde bespreekbaar te maken en om in groep of individueel het ‘levensboek’ in te vullen.



De FAVO vraagt om al deze initiatieven te inventariseren, te bundelen en te verspreiden bij ouderenorganisaties, wijk- en dienstencentra...

4.2. Voorafgaande zorgplanning verankeren in de preventieve gezondheidszorg.

In Vlaanderen is de vroegtijdige zorgplanning ingebouwd in het opnameprotocol in een woonzorgcentrum. De kwaliteit van deze gesprekken en de integratie in de dagelijkse werking is erg verschillend. Al te vaak wordt dit gesprek gezien als formaliteit dat toegevoegd wordt aan het dossier van de bewoner. Het personeel is vaak niet op de hoogte van wat er in het dossier staat.

De FAVO vraagt om het opstarten van een gesprek over vroegtijdige zorgplanning structureel te verankeren in de preventieve gezondheidszorg. Het opmaken van een voorafgaande zorgplanning is zinvol op elke leeftijd. Via campagnes worden mensen aangezet om die verklaring op te maken. Voor ouderen is de urgentie groter. De FAVO stelt voor om naar het voorbeeld van de bevolkingsoproep voor preventieve onderzoeken iedereen die 60 wordt uit te nodigen—om zich gratis te wenden tot één van de

hulpverleners die op de oproepbrief vermeld staan, om de vroegtijdige zorgplanning te bespreken.

Dit hoeft dit niet noodzakelijk te gebeuren door de huisarts, het kan ook bij andere opgeleide en erkende zorgverleners verbonden aan het palliatieve netwerk. De huisarts is wel betrokken en zal de wensen van zijn patiënt invoeren in het medisch dossier zodat alle artsen kennis kunnen nemen van de wensen van de patiënt.

Deze oproep wordt om de vijf jaar herhaald om de wensen van de oudere te actualiseren.

De concrete modaliteiten voor de structurele organisatie en financiering van vroegtijdige zorgplanning worden vastgelegd in de voorgestelde beheersovereenkomst tussen de federale overheid, de gemeenschappen en regio's.

4.3. Het respecteren van de voorafgaande zorgplanning.

Met de wet op de patiëntenrechten is er een wettelijke basis om de voorafgaande zorgplanning afdwingbaar te maken.

Maar in de praktijk is dit minder evident.

De zorgbehoevende patiënt staat nog steeds in een ondergeschikte positie tegenover de zorgverlener. Artsen zijn vooral opgeleid om patiënten te genezen en hebben het moeilijk met patiënten die behandeling weigeren. Patiënten zijn vaak onvoldoende op de hoogte van hun rechten en durven niet ingaan tegen het voorstel van de behandelende arts.

Vaak ook is het eerste contact tussen patiënt en zorgverlener gebonden aan een noodgeval, een val, een ongeluk in het verkeer, een acuut hart- of vaatprobleem...In dat geval heeft de hulpverlener geen weet van de wensen van de betrokken patiënt.

Dit illustreert het belang van de integratie van de vroegtijdige zorgplanning in het medisch dossier. Zeker bij alleenstaanden tasten eerste hulpverleners en spoedartsen in het duister.

Vandaag bestaat al in sommige gemeentes in Vlaanderen het systeem van de gele brooddoos en in Wallonië de seniorfocus doos. De hulpverlener vindt op de deur van de frigo een sticker met verwijzing naar de gele brooddoos/senior focus box en weet zo dat hij in de frigo een doos vindt met daarin de wilsbeschikking van de bewoner, informatie over zijn medicatie...

Maar de belangrijkste rede waarom geen rekening wordt gehouden met de wil van de patiënt is naast onwetendheid gebrek aan personeel en tijd.

Al te vaak worden oudere kwetsbare patiënten na een incident vanuit het woonzorgcentrum overgebracht naar de spoed, ook als in de vroegtijdige zorgplanning staat dat die niet meer naar een ziekenhuis wil. De oorzaak? Te weinig zorgverleners met expertise aanwezig in de voorziening.

De FAVO vraagt om te werken met ‘vliegende’ teams die kunnen opgeroepen worden door het WZC om er het personeel te ondersteunen bij de acute zorg zodat de kwetsbare oudere niet meer naar het ziekenhuis hoeft. Die vliegende teams zijn ingebed in de bestaande structuren van dringende hulpverlening.

4.4 Breed debat over grenzen aan genezen.

In een recent boek ‘Grenzen aan genezen’ illustreren verpleegkundige Greet De Cock en longarts/intensivist Philippe Meersseman hoe gebrek aan tijd leidt tot onnodige therapie op het einde van het leven.

Verpleegkundige Greet De Cock zegt ‘Vandaag stel ik verpleegtechnische handelingen terwijl ik denk:’ lieve mensen, ga naar huis en geniet samen van de laatste weken of maanden.’ Op mijn dienst werd een 83- jarige patiënt gevraagd of hij verder chemo wilde. De kans dat die zou aanslaan was klein. De man wou de kuur starten, zijn vrouw zou niet willen dat hij opgaf. Na een gesprek met beiden over voor- en nadelen, beslisten ze om de behandeling stop te zetten, het bracht rust. Een therapie niet starten of stoppen betekent

trouwens niet dat de zorg stopt. We zetten volop in op de kwaliteit van de resterende levenstijd en van het levenseinde.'

Zorgpersoneel vandaag heeft of neemt steeds minder de tijd om dergelijke moeilijke gesprekken te voeren. Dokter Meersseman getuigt dat er steeds meer palliatieve patiënten op de spoedafdeling terecht komen. De 'agressieve' geneeskunde op de spoed staat haaks op hun kwaliteit van leven.

Maar dokter Meersseman wijst ook op een onderliggende en gevaarlijke tendens namelijk de groeiende afstand tussen zorgvragers en zorgverleners. Vertrouwen, zo belangrijk is in een zorgrelatie, is steeds vaker zoek. De bol.com mentaliteit dringt steeds meer door in de zorg. Ik betaal hiervoor en ik wil deze zorg hier en nu! Ik heb de slinger zien doorslaan van de arts beslist (wat niet oké was) naar de patiënt die eist (wat niet houdbaar is). Zorgverleners dreigen af te haken of gaan mee in het verdienmodel wie kan betalen wordt eerst geholpen. De groeiende spanning tussen vraag en aanbod maakt dat we evolueren naar een elitaire zorg'.

De FAVO is bezorgd om deze evolutie en vreest dat het debat over kwaliteit van zorg bij het levenseinde een economisch debat wordt waar de schaarste van zorg en niet de wens van de patiënt de leidraad wordt en waar patiënten rechten alleen gelden voor wie geld heeft.

De FAVO vraagt om een breed debat te organiseren over grenzen aan genezen.

Als we de geneeskundige grenzen niet respecteren op basis van onze zorg voor levenskwaliteit en waardigheid dan zullen de grenzen bepaald worden door economische en organisatorische haalbaarheid en zal de taal van het geld domineren. Het debat tussen zorgverleners, patiënten en overheid moet het wederzijds vertrouwen herstellen en het beleid uittekenen dat breed gedragen wordt uitgevoerd.

5. DE WET OP EUTHANASIE UITBREIDEN

5.1 Euthanasie mogelijk maken voor mensen met dementie en verworven wilsonbekwaamheid

In 2024 werden 112.029 overlijdens geregistreerd in België. In datzelfde jaar zijn 3.991 registratiedocumenten betreffende euthanasie genoteerd. 3,6% van de Belgen stierf vorig jaar dus na euthanasie. Van deze groep was 72,6% ouder dan 70 jaar.

Om over te kunnen gaan tot euthanasie, moet aan enkele voorwaarden voldaan worden: er moet een vrijwillig, uitdrukkelijk en herhaald verzoek van de wilsbekwame persoon zijn, deze persoon moet een ongeneeslijke medische aandoening hebben (niet noodzakelijk terminaal), deze persoon moet ondraaglijk lijden (fysiek of psychisch) - wat grotendeels beoordeeld wordt door de persoon zelf -, en er kan geen uitzicht op verbetering zijn, noch redelijke (behandel)alternatieven voorhanden zijn, en er is sprake van een onomkeerbare toestand (zie ook: [LEIF](#)).

De FAVO stelt vast dat het maatschappelijke en politieke debat over euthanasie aan intensiteit wint, zeker als het gaat om euthanasie bij verworven wilsonbekwaamheid. Denk hierbij aan het veelvuldige debat rond euthanasie bij personen met dementie. Momenteel laat de Euthanasiewet (2002) euthanasie bij personen met dementie enkel toe indien de betrokkene wilsbekwaam is. In 2024 waren 56 situaties van euthanasie uitgevoerd bij personen met dementie, ofwel 1,4% van alle euthanasie-uitvoeringen.

Voor de FAVO is het cruciaal dat dit debat rond euthanasie bij verworven wilsonbekwaamheid niet blijft steken in ideologische tegenstellingen, maar effectief uitmondt in een wettelijk kader dat recht doet aan de complexiteit van euthanasie bij verworven wilsonbekwaamheid, én aan de rechten en noden van alle betrokkenen.

In december 2025 bracht het Comité voor Bio-ethiek het lang verwachte advies uit over de uitbreiding van de euthanasiewet.

Het Comité raadt aan om de euthanasiewet uit te breiden, naar mensen die "wel bij bewustzijn zijn, maar waarvan de wilsbekwaamheid en het vermogen om hun wil te uiten onomkeerbaar is aangetast door een ziekte of ongeval."

Het comité formuleert breed gedragen en realistische suggesties, en een fijngevoelige precisering van onder welke omstandigheden iemand toch euthanasie kan krijgen. De eventuele euthanasie vertrekt van één wilsverklaring weloverwogen en zonder druk geformuleerd waarin ook duidelijk geïdentificeerde drempels beschreven staan, vanaf wanneer de persoon het ondraaglijk zou vinden om verder te leven.

De FAVO vraagt aan de regering en het parlement werk te maken van een wetswijziging die euthanasie bij verworven verlies aan onderscheidingsvermogen en wilsonbekwaamheid onder voorwaarden en duidelijke waarborgen mogelijk maakt. Deze wetswijziging moet rekening houden met ethische, juridische en zorgkundige bezorgdheden, gestoeld op praktijkervaring en wetenschappelijke inzichten. We zien hierbij vraagstukken die wettelijk benaderd moeten worden op drie niveaus.

5.2 Zelfbeschikkingsrecht respecteren

De huidige wet voorziet in euthanasie op basis van een voorafgaande wilsverklaring, maar biedt onvoldoende houvast over wanneer en hoe deze kan worden uitgevoerd bij mensen met verworven wilsonbekwaamheid, zoals bij gevorderde dementie.

De FAVO pleit daarom voor:

- Een juridisch en ethisch onderbouwde omschrijving van wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid, die ook praktisch bruikbaar is voor professionals zoals artsen en notarissen.
- Verduidelijking van de juridische waarde van een vroegere wilsverklaring bij een gewijzigde levenskwaliteit en context. Hoe kan men het 'vroegere zelf' en de 'huidige zelf' (then self vs now self) met elkaar in dialoog brengen? Daarbij is de nood aan verankering van vroegtijdige

zorgplanning (VZP) essentieel. De VZP start vanaf de diagnose van dementie (liefst vroeger zie boven) waarbij niet enkel medische maar ook psychosociale aspecten worden besproken.

- **Aandacht voor het risico van 'te vroeg moeten sterven' uit angst: mensen vragen euthanasie vaak vroeg in het ziekteproces, soms op basis van stereotiepe beelden van wat komen zal in het dementieproces. Een correcte en genuanceerde beeldvorming van dementie is dan ook cruciaal. Wetgeving mag bovendien nooit een substituuut worden voor het gebrek aan kwalitatieve zorg, noch een reactie op maatschappelijke onwetendheid of angstbeelden.**

5.3 Rol van naasten, zorgverleners en artsen

Bij wilsonbekwaamheid kan de wilsonbekwame persoon zelf niet langer een actueel euthanasieverzoek indienen. De uitvoering steunt dan op een voorafgaande wilsverklaring. Maar dit brengt ethische en praktische vragen met zich mee: wie activeert die verklaring, en onder welke voorwaarden?

Daarom vraagt de FAVO:

- **Een wettelijk kader dat voorziet in een duidelijke omschrijving van de rollen van naasten, vertrouwenspersonen, vertegenwoordigers en artsen. Wie mag initiatief nemen? Wie moet betrokken worden in het initiëren van euthanasie bij verworven wilsonbekwaamheid?**
- **Een zorgvuldige procedure die artsen ondersteunt en hen de nodige rugdekking biedt bij het naleven van de wilsverklaring, met toetsing aan zorgvuldigheidscriteria, inclusief ondraaglijk lijden. Daarbij moet de wet ook duidelijkheid scheppen naar hoe artsen dit proces (al dan niet) documenteren.**
- **Garantie dat emotionele, ethische en existentiële afwegingen meegenomen worden, waarbij men vertrekt vanuit zorgethiek en multidisciplinair overleg. Dit voorkomt dat individuele artsen geïsoleerd beslissingen moeten of kunnen nemen. Elke arts moet de vrijheid behouden om te weigeren, maar dient wel gesensibiliseerd te worden om de patiënt in dat geval door te verwijzen.**

5.4 Zorg en wetgeving zijn geen tegenpolen

Euthanasie mag nooit een alternatief worden voor gebrekkige zorg. De FAVO benadrukt dat kwaliteitsvolle, geïntegreerde palliatieve zorg nooit vervangen mag worden door louter juridische opties die voortkomen uit structurele tekorten of angst. We mogen euthanasie nooit gebruiken voor een falend zorgsysteem.

De FAVO vraagt dan ook:

- **Investering in goede (dementie)zorg als structurele voorwaarde naast de mogelijkheid tot euthanasie bij verworven wilsonbekwaamheid. Het is een en-en verhaal**
- **Meer maatschappelijke bewustwording en correcte beeldvorming over dementie, met ook nadruk op wat “nog” wél mogelijk is, dan louter op angst en verlies.**
- **Ondersteuning voor zorgverleners en organisaties om VZP structureel op te nemen in hun werking – van thuissituatie tot ziekenhuis en woonzorgcentrum.**

5.5 Euthanasie bij voltooid leven

Als je hoogbejaarde ouderen naar hun verwachtingen vraagt krijg je vaak volgende antwoorden: (Zorgnet/Icuro ‘Ethisch advies 22. Levensmoeheid bij ouderen: een ethische benadering’)

- *Ik hoop dat ik niet meer wakker word. Wat zit ik hier nog te doen?*
- *Ze mogen me komen halen, ik vrees dat ze me vergeten zijn.*
- *Ik wil niet dat ze nog iets doen als mij iets overkomt. Dit is genoeg. Ik kan hier geen zin in zien... in een zetel zitten staren naar de muur. Wat is de zin hiervan...? Niemand komt hier levend uit... dit is de wachtkamer van de dood.*
- *Het is genoeg geweest, mijn lichaam is op.*
- *Het zou beter zijn voor iedereen dat ik dood zou zijn.*

- *Ik wil niet dementeren, als ik mijn kinderen niet meer herken wil ik vertrekken.*
- *Mijn leven heeft geen zin meer, iedereen van mijn leeftijd is weg. Ik begrijp de jonge mensen niet meer.*
- *Als je niet meer van tel bent, wat is er dan nog over?*
- *Ik wil niet meer naar een woonzorgcentrum. Ik wil geen last zijn van de samenleving. Als het zover komt, dan stop ik met eten en drinken.*
- *Ze zouden beter jonge mensen helpen. Zorgen voor mij is weggesmeten geld.*
- *Het is zo spijtig. Ik heb niemand meer. Ik ben helemaal alleen. Oud zijn is niet mooi. Ik deed alles zelf. En nu voel ik me als een klein kind... zo afhankelijk van mensen die me eigenlijk niet eens zien staan.*
- *Ik ben moe van het rusten. Ik voel me schuldig omdat ik niets meer kan of doe.*
- *Ik heb een mooi leven gehad maar deze laatste fase van dement zijn en aftakeling hoeft niet meer...*

Het onderzoek van Els van Wijngaarden (Wijngaarden, Els van, 2016, Voltooid leven, over leven en willen sterven, Atlas Contact: Amsterdam (4e druk), 202 pp.)

ontdekte de volgende vijf thema's die – in meer of mindere mate – een rol spelen bij de vraag naar levenseinde.

*een diep gevoel van existentiële eenzaamheid (isolement)

*het gevoel er niet meer toe te doen;

*een groeiend onvermogen om zich te uiten op een wijze die kenmerkend is voor de persoon;

*geestelijke en lichamelijke moeheid van het leven;

*een innerlijke afkeer en weerzin ten aanzien van (gevreesde) afhankelijkheid.

5.6 Fundamentele waarden in het gedrang

- *Als je niet meer van tel bent, wat is er dan nog over?*

Het beleid blijft investeren in de droom om langer te leven maar weet geen blijf met de maatschappelijke positie van het toenemend aantal ouderen. Zo lang ouderen kunnen consumeren, zijn ze een lust. Ouderen die niet de middelen hebben om jaarlijks enkele reisjes te doen, regelmatig op restaurant te gaan... komen vooral in beeld als last voor de samenleving (kostprijs pensioenen en zorg).

Steeds weerkerende berichten over de onbetaalbaarheid van de zorg, de stijgende en voor velen onbetaalbare rusthuisfacturen, berichten over vermaatschappelijking van zorg waarbij de overheid erop rekent dat je hulp krijgt van je eigen gezin en omgeving, permanente berichten over te weinig zorg, tekort aan personeel, mistoestanden in het woonzorgcentrum... versterken de angst om oud en afhankelijk te worden. Ouderen willen hun kinderen niet tot last zijn.

De overheid investeert ook onvoldoende in de randvoorwaarden nodig om ouderen er te laten bijhoren, om gelukkig oud te laten worden. Integendeel, er wordt bespaard op aangepaste mobiliteit, toegankelijk openbaar domein, aandacht voor digitale ongeletterdheid, uitbreiding van dienstverlening...

Een onderzoek door de Koning Boudewijnstichting (KBS) (Koning Boudewijnstichting, 'Kiezen moet kunnen ook voor ouderen. De woonzorgomgeving van de toekomst' Rapport KBS september 2022) besluit dat ouderen het meest lijden omdat niemand hen nog om hun mening vraagt, dat voor hen en niet door hen of met hen beslist wordt.

KBS stelt:

De fundamentele waarden zijn in het gedrang

Oudere mensen willen kunnen kiezen in welke omgeving ze de laatste fase van hun leven doorbrengen. Ze willen ook mee bepalen hoe die omgeving functioneert. Het lijkt vanzelfsprekend, maar dat is het lang niet en zeker niet voor iedereen. Die autonomie en inspraak hebben ouderen in onze samenleving in veel gevallen niet. Deze twee fundamentele waarden en wensen zijn dan ook in het gedrang.

De problematiek is gezien de toenemende vergrijzing urgent en massief. Het oplappen van wat bestaat zal niet volstaan. Er is een systemische omslag nodig. De gevolgen voor het beleid, alle betrokkenen en de praktijk zijn ingrijpend. Want je latere levensjaren niet kunnen doorbrengen op de plek en op de manier die je kiest en verkiest, met de zorg en ondersteuning die je nodig hebt en wenst: dat mag een samenleving van zichzelf niet verdragen.

5.7 Signalen van ouderen ernstig nemen

De FAVO vraagt om een breed maatschappelijk debat op te starten over de plaats van de oudere in onze samenleving. Als samenleving hebben we de verantwoordelijkheid om ook kwetsbare ouderen geborgenheid, zorgzekerheid en warmte te bieden.

De nood aan psychologische hulpverlening wordt vandaag nog vooral gekoppeld aan jongeren, werkende mensen die een burn-out hebben... De psychische problemen bij ouderen zijn nochtans even groot.

De FAVO wil meer aandacht voor de situatie van de kwetsbare ouderen. Tachtig plusser moeten de kans krijgen om op hun tempo af te bouwen, ze moeten zelf kunnen beslissen. Al te vaak verliest de oudere zijn autonomie en wordt het in zijn plaats geregeld 'voor zijn veiligheid voor zijn eigen goed...'.

Eenzaamheid, de angst om ten laste te zijn van de kinderen, onaangepaste huisvesting, materiële tekorten ...Misschien zorgt een antwoord op deze 'angsten' ervoor dat de oudere terug zin heeft in het leven.

Dit vraagt om een structurele aanpak en een wettelijk kader. Artsen en hulpverleners moeten dieper ingaan op de oorzaken van de wens om te sterven. Zo kunnen maatregelen worden genomen om eventuele angsten weg te nemen en de oudere opnieuw zin in het leven te geven.

Maar als de oudere bij zijn vraag blijft om te sterven dan moeten hulpverleners deze vraag ernstig nemen. De vraag onder tafel schuiven of wegtoveren via een pilletje kan niet langer. Soms blijft er inderdaad zo weinig over van wat het leven was, dat wat rest niet meer waard is om geleefd te worden, mensen zijn dan levensmoe!

“Zoals de palliatieve zorg grenzen heeft en nooit alle vragen naar euthanasie zal wegnemen, zo zal zelfs een optimale begeleiding en zorg van ouderen nooit al het ondraaglijk existentieel lijden afdoend kan beantwoorden” Wim Distelmans

De FAVO vestigt er de aandacht op dat als we deze existentiële vragen niet ernstig nemen zal het aantal ‘eenzame’ zelfdodingen alleen maar toenemen en dat kunnen we als samenleving niet aanvaarden.

5.8 Parlementair debat over euthanasie bij voltooid leven.

Terwijl de vorige generatie hoogbejaarden nog vaak geloofden, hun lot ondergingen, legt de aanstormende generatie van oude babyboomers zich niet zomaar neer bij zijn lot. Ze zijn opgegroeid met een ethiek gebaseerd op zelfbeschikking. Onafhankelijk kunnen zijn en zelf de touwtjes in handen hebben zijn persoonlijke en maatschappelijke idealen die ze hoog in het vaandel dragen. Dit verklaart de toenemende roep naar de vraag om euthanasie bij voltooid leven.

Het wordt ook steeds makkelijker om middelen voor zelfdoding te bekomen. Op internet kan je zelfs een Sarco bestellen die je op pijnloze wijze naar het hiernamaals ‘schiet’

De FAVO wil de toenemende vraag om euthanasie wegens voltooid leven ernstig nemen en vraagt het parlement hierover een debat op te starten in voorbereiding van een wettelijke basis voor euthanasie bij voltooid leven. De FAVO beseft dat dit een moeilijk debat is, maar we mogen ouderen niet in de steek laten en moeten hen een alternatief bieden voor eenzame zelfdoding.



Voorzitter FAVO
Herman Fonck



Ondervoorzitter FAVO
Daniel Van Daele
