

Protection of Conscience Project



www.consciencelaws.org

ADVISORY BOARD

Janet Ajzenstat, BA, MA, PhD
*Dept. of Political Science,
McMaster University,
Hamilton, Ontario, Canada*

Dr. Shahid Athar, MD
*Clinical Associate Professor
of Medicine & Endocrinology,
Indiana School of Medicine,
Indianapolis, Indiana, USA*

J. Budziszewski, PhD
*Professor, Departments of
Government & Philosophy,
University of Texas (Austin)
USA*

Dr. John Fleming,
BA, ThL (Hons), PhD
*President, Campion College
Sydney, Australia*

Dr. Henk Jochemsen, PhD
*Director, Lindeboom Institute,
Center for Medical Ethics,
Amsterdam, Netherlands*

David Novak, AB, MHL, PhD
*Chair of Jewish Studies,
University of Toronto,
Toronto, Ontario, Canada*

Lynn D. Wardle, JD
*Professor of Law,
J. Reuben Clark Law School,
Brigham Young University,
Salt Lake City, Utah, USA*

PROJECT TEAM

Sean Murphy
Administrator

Michael Markwick
Human Rights Specialist

België: verplichte verwijzing voor euthanasie

Sean Murphy, Administrator

Project voor de bescherming van het geweten

Inleiding

In België is euthanasie (niet hulp bij zelfdoding) in september 2002 gelegaliseerd voor mensen die niet noodzakelijkerwijs ongeneeslijk ziek zijn, maar die zich wel "de 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 wet betreffende de euthanasie (S. 14) stelt dat artsen niet kunnen worden gedwongen euthanasie toe te passen en dat andere personen niet kunnen worden gedwongen mee te werken aan de toepassing ervan. Verder stelt de wet dat een arts die weigert euthanasie toe te passen het medisch dossier van de patiënt op verzoek moet meedelen aan de arts of persoon die is aangewezen door de patiënt. De arts is echter niet verplicht om de zaak door te verwijzen of de procedure anderszins te versoepelen.

Een deskundige met kennis van zaken heeft later aan een commissie van het Britse Hogerhuis verteld dat minder dan 50% van de Belgische artsen en minder dan 80% van de bevolking voorstander van euthanasie was ten tijde van de indiening van de wet.² Zowel hij als een andere Belgische commentator schreven de indiening en snelle aanname ervan niet toe aan door patiënten en de medische gemeenschap geuite wensen, maar aan de politieke situatie: een nieuwe regering en vervolgens een politieke crisis.³

Gezien deze omstandigheden is het niet verbazingwekkend dat een in december 2003 uitgegeven gemeenschappelijk Standpunt over medische beslissingen rond het levenseinde en euthanasie vergezeld ging van rapporten waarin werd vermeld dat veel huisartsen onbekend waren met de relatief nieuwe euthanasiewet of hier mee niet goed raad wisten en dat er "bij veel artsen" een "aangepaste attitude" nodig was.⁴

Het gemeenschappelijke standpunt was ondertekend door de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Leuven en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent. In dit document stond een aantal beweringen die belangrijke vragen oproepen over de gewetensvrijheid onder medewerkers in de gezondheidszorg:

- euthanasie is onderdeel van de palliatieve totaalzorg;
- artsen moeten ervoor zorgen dat patiënten informatie krijgen die hen in staat stelt voor euthanasie te kiezen;

- artsen die bezwaar tegen euthanasie hebben, zijn verplicht patiënten door te verwijzen voor de procedure.

Daarom is het Project correspondentie over het gemeenschappelijke standpunt aangegaan met de aangewezen contactpersoon van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen.⁵ Helaas heeft de Vereniging na een eerste reactie,⁶ niet gereageerd op verdere pogingen van het Project om de discussie voort te zetten.⁷ De correspondentie is in het Engels en het Nederlands beschikbaar om zo een internationale dialoog over dit belangrijke onderwerp aan te moedigen.

Frequentie van euthanasie in België

Tijdens het eerste jaar dat euthanasie legaal was, zijn er ongeveer 200 gevallen gemeld.⁸ Vijftien maanden nadat de wet was aangenomen, was er sprake van gemiddeld 20 gevallen per maand en in april 2005 waren er gemiddeld 30 gevallen per maand.⁹

In 60% van de gevallen vond de euthanasie plaats in het ziekenhuis,¹⁰ waar ongeveer de helft van alle medewerkers in de gezondheidszorg werkzaam is.¹¹ Hoewel dit erop wijst dat een groot aantal medewerkers in de gezondheidszorg met de procedure te maken krijgt, zijn artsen wettelijk gezien de enigen die euthanasie mogen toepassen.

Belgische artsen (2002)	Met praktijk	Totaal
Huisartsen en huisartsen in opleiding	14,541	18,367
Specialisten en specialisten in opleiding	25,758	27,901
Totaal	40,299	46,268

TABEL A - Bron: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Milieu¹²

Op basis van de cijfers in tabel A en het gemiddelde aantal van 30 gemelde gevallen van euthanasie per maand (360 per jaar), waaraan telkens minimaal twee artsen moeten meewerken, loopt een Belgische arts met praktijk gedurende een jaar minder dan 1% kans mee te werken aan euthanasie. Deze kans loopt in vijf jaar op tot 4%.

Verder moet ook de situatie van apothekers in overweging worden genomen, want zij zijn degenen die de medicijnen voor euthanasie verstrekken.¹³ Op basis van het huidige aantal gevallen van euthanasie lopen de 11.775 Belgische apothekers elk jaar ieder 3% kans te worden gevraagd om medicijnen voor euthanasie te verstrekken: dat komt neer op 30% in tien jaar. Het is een interessant gegeven dat hoewel de nadruk tijdens discussies over euthanasie in de gezondheidszorg op artsen ligt, apothekers een veel grotere kans lopen te worden gevraagd om aan de procedure mee te werken.

Bij deze schattingen wordt er geen rekening gehouden met factoren die ervoor zorgen dat deze kans

op bepaalde locaties of in verschillende medische praktijken toe- of afneemt en ook niet met de mogelijkheid dat het werkelijke aantal gevallen van euthanasie twee tot vijf keer hoger ligt dan gemeld.¹⁴

"Een aangepaste attitude": euthanasie als palliatieve zorg

Het gemeenschappelijke standpunt begint met de bewering dat "stervensbegeleiding en alle mogelijke hiermee geassocieerde medische beslissingen" behoren tot het takenpakket van de huisarts. Aangezien bij vertaling een deel van de betekenis verloren kan gaan, mag hier niet te veel achter worden gezocht. Hoewel 'stervensbegeleiding' een geliefde zinsnede van voorstanders van euthanasie is, hoeft het niet euthanasie of hulp bij zelfdoding te impliceren. Anderzijds veroorzaakt dergelijke dubbelzinnige terminologie vermoedelijk alleen maar verwarring en zelfs controverse. (Prof. Jochemsen: "stervensbegeleiding betekent zorg en hulp in de stervensfase, oorspronkelijk juist niet euthanasie, en is dus geen goede vertaling van aid in dying; ik zou dit vertalen met 'stervenshulp'").

Het tweede beleidspunt in het gemeenschappelijke standpunt is ondubbelzinnig controversieel:

Euthanasie is één van de mogelijke keuzes bij stervensbegeleiding, en dient gekaderd en ingebed te worden in een palliatieve totaalzorg die de individuele zorg overstijgt

En verderop:

Euthanasie kan een mogelijke keuze van stervensbegeleiding zijn, gekaderd en ingebed in een palliatieve totaalzorg.

Dit is het doel van voorstanders van euthanasie zoals Michael Irwin, een Britse arts die geen praktijk meer mag uitoefenen omdat hij een ongeneeslijk zieke vriend heeft geprobeerd te helpen bij zelfdoding. Tegen een BBC-interviewer heeft hij het volgende verklaard: "Ik vind dat medisch begeleide zelfdoding onderdeel van goede palliatieve zorgverlening moet uitmaken."¹⁵

In zijn correspondentie met de Vereniging heeft het Project erop gewezen dat onder palliatieve zorg over het algemeen wordt verstaan "het verlichten van pijn en lijden, veroorzaakt door ziekte, opdat de patiënt aangenaam leeft tot het moment van overlijden" en dus niet het veroorzaken van het sterven van de patiënt, en dat de voorgestelde herdefiniëring van 'palliatieve zorg' aanzienlijke consequenties zou hebben voor iedereen die in de gezondheidszorg werkt. De Vereniging heeft hierop geantwoord dat ze het niet eens is met een dergelijke "dichotome visie (palliatie versus euthanasie)" en in plaats daarvan de voorkeur geeft aan een "ruimere" definitie waarin de "beleving van de patiënt" meer tot zijn recht kan komen. Bij wijze van uitleg, citeert de Vereniging een in september 2003 afgelegde verklaring van de *Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (FPZV)*:

Palliatieve zorg en euthanasie zijn alternatieven noch tegenpolen. Wanneer een arts bereid is het euthanasieverzoek in te willigen van een patiënt die ondanks de beste zorgen ondraaglijk blijft lijden, dan ontstaat geen breuk tussen de eerder door de arts gegeven palliatieve zorg en de nu door hem toegepaste euthanasie, integendeel.

Euthanasie maakt in voorkomend geval deel uit van de palliatieve zorg waarmee de arts en het verzorgend team de patiënt en zijn/haar naasten omringt . . .

. . . Hulpverleners kunnen met al hun vragen rondom het levenseinde terecht bij de palliatieve equipes. Van de palliatieve equipes kunnen zorgverleners en patiënten dan ook niet alleen verwachten dat deze, in de context van een euthanasieverzoek, informeren over eventuele palliatieve alternatieven en palliatieve ondersteuning verlenen waar nodig. Zorgverleners en patiënten kunnen bij de netwerken en equipes ook terecht voor informatie en ondersteuning die rechtstreeks en specifiek verband houdt met euthanasie en de euthanasiewet. Equipe-artsen kunnen de rol opnemen van de ‘andere’ of ‘tweede’ arts in de euthanasieprocedure. Wat men van de georganiseerde palliatieve zorg evenwel niet kan en mag verwachten is dat zij in de plaats gaat treden van de behandelende arts en zij in voorkomend geval in zijn/haar plaats euthanasie gaat uitvoeren. Dit zou volledig in tegenspraak zijn met de nadruk die wij willen leggen op de continuïteit van de zorgverlening en de in de organisatie van de Vlaamse palliatieve zorg ingeschreven emancipatorische bekommernis: het basisprincipe dat de georganiseerde palliatieve zorg er is om te informeren en te ondersteunen en niet om in de plaats te treden van de reguliere zorg”

Het lijkt erop dat deze verklaring¹⁶ een aanzienlijke verschuiving betekent ten opzichte van het oorspronkelijke standpunt van de Federatie, die er aanvankelijk van uitging dat palliatieve consultatie aan stappen ten behoeve van euthanasie vooraf dient te gaan, beperkt dient te blijven tot het bespreken van "mogelijke palliatieve alternatieven" en geen evaluatie van een euthanasieverzoek hoort te omvatten. Een van de redenen die werd gegeven voor deze scheiding van de verantwoordelijkheden, was om ervoor te zorgen dat het publiek euthanasie niet met palliatieve zorg zou verwarren.¹⁷ Gezien het feit dat de Federatie euthanasie nu als onderdeel van de palliatieve zorgverlening beschouwt, vindt ze dit onderscheid kennelijk niet langer van belang.

Deze verschuiving wordt ook weerspiegeld in een bredere kijk op multidisciplinaire samenwerking. In eerste instantie bevorderde de FPVZ dit, omdat ze inzag dat geen enkele arts alleen palliatieve zorg kan verlenen en dat maar weinigen over voldoende kennis van zaken op het gebied van palliatieve geneeskunde beschikken om de patiënt adequaat advies te geven of om aan de behoeften van de patiënt te voldoen.¹⁸ Dit komt in het gezamenlijke standpunt van de Vereniging en de universiteiten nog altijd naar voren. Daarnaast wordt echter tweemaal de wens uitgesproken "te willen vermijden dat polariserende groepen ontstaan". Vermoedelijk worden hiermee de voor- en tegenstanders van euthanasie bedoeld. Er wordt dus gezegd dat er leden van het team palliatieve zorgverleners beschikbaar zijn voor consultatie betreffende euthanasie. Bovendien dient te worden opgemerkt dat de Vereniging en de universiteiten samenwerken met het LevensEinde Informatie Forum (LEIF¹⁹), dat door prof. Bart van den Eynden wordt beschreven als een groep van ongeveer 200 artsen die hun bereidheid tot euthanasie adverteren.²⁰ Samengevat komt het erop neer dat de multidisciplinaire aanpak die oorspronkelijk met de noodzaak van assistentie bij palliatieve zorg werd geassocieerd nu ook artsen met kennis op het gebied van euthanasie omvat.

De vervaging van de conceptuele grenzen tussen euthanasie en palliatieve zorg blijkt bovendien uit het voorstel van de FPZV dat een lid van het team palliatieve zorgverleners kan optreden als de tweede arts die volgens de Belgische wet moet worden geraadpleegd bij een euthanasieverzoek.²¹ Paradoxaal genoeg vindt de FPZV overigens dat palliatieve artsen geen euthanasie mogen plegen. Maar als euthanasie "deel uitmaakt van. . . palliatieve zorg" en een palliatieve arts inzake een euthanasieverzoek kan worden geraadpleegd, is het volkomen onduidelijk waarom palliatieve artsen niet rechtstreeks aan de procedure mogen meewerken. De beweegredenen voor deze scheiding van verantwoordelijkheden lijken niet erg samenhangend.²² Een dergelijke scheiding kan alleen worden gerechtvaardigd door handhaving van de scheiding tussen palliatieve zorg en euthanasie die de verklaring van de FPZV juist ongedaan maakt.

In overeenstemming met de opvatting dat euthanasie deel uitmaakt van een "palliatieve totaalzorg" wordt in het gemeenschappelijke standpunt gepleit tegen de oprichting van euthanasieteams of -centra en tegen euthanasie als een behandelingsvorm die losstaat van alle andere soorten medische dienstverlening. In plaats daarvan wordt aanbevolen dat de tweede arts die tijdens het euthanasieproces wordt geraadpleegd "zeer deskundig moet zijn op het gebied van palliatieve zorg en meer specifiek op het gebied van de mogelijke medische beslissingen aan het levenseinde". Dit is in overeenstemming met het nieuwe standpunt van de FPZV dat de tweede arts lid van het team palliatieve zorgverleners kan zijn.

Euthanasie tegenover palliatieve zorg

De integratie van euthanasie in een doorlopend zorgproces waarin er niet langer onderscheid wordt gemaakt tussen palliatie en de doelbewuste bewerkstelling van overlijden is niet in overeenstemming met internationaal aanvaarde concepten. In 1999 was bijna 90% van 2200 in Europa ondervraagde palliatieve zorgverleners tegen euthanasie.²³ Noch euthanasie noch hulp bij zelfdoding maakt deel uit van de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie, waarin het bespoedigen van overlijden expliciet wordt uitgesloten:

Palliatieve zorg is een benadering die, in geval van een levensbedreigende ziekte, de kwaliteit van het leven van zowel patiënten als hun familie verbetert door middel van preventie en verlichting van lijden middels de vroegtijdige identificatie en feilloze beoordeling en bestrijding van pijn en andere fysieke, psychosociale en spirituele problemen. Palliatieve zorg . . . heeft niet tot doel het overlijden te bespoedigen of uit te stellen.²⁴

Ook in de definitie in de Oxford Textbook of Palliative Medicine wordt met geen enkel woord naar euthanasie verwezen. Hierin wordt palliatieve zorg omschreven als "de verzorging en behandeling van patiënten met een actieve, progressieve en vergevorderde ziekte bij wie de kans op genezing klein is en waarbij de zorg gericht is op de kwaliteit van het leven".²⁵ De American Academy of Hospice and Palliative Medicine heeft het vraagstuk van euthanasie en hulp bij zelfdoding behandeld in een officiële verklaring waarin geen oordeel over de ethiek van de procedures wordt geveld, maar waarin wel wordt bevestigd dat "de juiste reactie op een verzoek tot medisch begeleide zelfdoding

uitbreiding van de zorg met als doel het verlichten van lijden en niet het doelbewust bewerkstelligen van overlijden is".²⁶ En de Canadese professor Margaret Somerville, de oprichtster van het McGill Centre for Medicine, Ethics and Law van de McGill University, verwerpt het concept van "euthanasie als de laatste fase van goede palliatieve zorg" en schrijft dat dit denkbeeld "een voorbeeld is van euthanasie in een 'medisch jasje' steken" om het zo ethisch gezien aanvaardbaarder en veiliger en dus minder gevoelig voor misbruik te maken. Bovendien worden de morele, ethische en juridische verschillen tussen euthanasie en goede palliatieve zorg verward, met name wat betreft noodzakelijke pijnbestrijding en weigering van behandeling die het leven verlengt. Somerville wijst erop dat er, als euthanasie al zou moeten worden toegepast, sterke argumenten zijn voor een algehele scheiding tussen de procedure en geneeskunde in het algemeen.²⁷

Somerville's verklaring wijst er duidelijk op dat zij tegen euthanasie is, maar haar mening wordt door ontelbare medewerkers in de gezondheidszorg gedeeld en haar kijk op palliatieve zorg is duidelijk meer in overeenstemming met de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie, hoe 'dichotoom' die visie met betrekking tot euthanasie ook is.

De legalisatie van euthanasie of hulp bij zelfdoding is van grote invloed op medewerkers in de gezondheidszorg die de mening van Somerville delen, zeker als de procedures in de 'normale gezondheidszorg' worden geïntegreerd, in plaats van als specialismen te worden gezien en/of te worden uitgevoerd door gespecialiseerde instanties. Het potentieel voor conflicten zal echter nog veel groter zijn als de legalisatie leidt tot de door de Belgische universiteiten en beroepsorganisaties aanbevolen herdefiniëring van palliatieve zorg.

Communicatie en geïnformeerde toestemming (informed consent)

In het gemeenschappelijke standpunt wordt een aantal deugdelijke suggesties betreffende de communicatie tussen arts en patiënt gedaan:

- bezwaarde artsen dienen patiënten tijdig van hun mening op de hoogte te stellen;
- beroepsorganisaties dienen mee te werken aan het ontwikkelen van strategieën die bezwaarde artsen in staat stellen euthanasieverzoeken af te handelen op een manier die de patiënt respecteert en in overeenstemming is met hun eigen principes;
- besprekingen omtrent het levenseinde dienen in het medische dossier van de patiënt te worden opgenomen;
- er kan een 'informatie- en communicatiecontract' worden gebruikt om de afspraken tussen arts en patiënt over kwesties omtrent het levenseinde te documenteren.

De Vereniging past het principe van 'informed consent' of 'geïnformeerde keuze' toe en wil dat artsen "alle mogelijkheden" met patiënten bespreken "zodat zij goed geïnformeerd voor euthanasie kunnen kiezen". In deze context wordt er ook een verband tussen euthanasie en palliatieve zorg gelegd:

De arts moet dit gesprek in bepaalde gevallen zelf initiëren om te vermijden dat minder geïnformeerde patiënten of minder communicatievaardige patiënten hun recht

op een euthanasievraag wordt ontzegd.

Er wordt dus niet alleen verwacht dat artsen ingaan op het verzoek van een patiënt om informatie over euthanasie, maar dat euthanasie aan elke patiënt als optie wordt voorgesteld in wat omschreven kan worden als 'omstandigheden waarin het levenseinde nadert', ongeacht of de patiënt hiervoor belangstelling heeft geuit of niet. Dit komt op hetzelfde neer als eisen dat artsen abortus bespreken met elke vrouw die zwanger is. Net alsof elke zwangere vrouw zou moeten overwegen om abortus te plegen en er graag door haar arts aan wordt herinnerd dat het een mogelijkheid is.

Natuurlijk moet een patiënt weten dat euthanasie een mogelijkheid is om er wel of niet voor te kunnen kiezen. De bewoordingen van het beleid, "zodat zij. . . kunnen kiezen voor euthanasie" en "om te vermijden dat. . . patiënten hun recht op een euthanasievraag wordt ontzegd", wijzen echter op een onevenwichtigheid en suggereren een grotere interesse in het verkopen van een onlangs beschikbaar gekomen procedure, dan in het geven van informatie zodat patiënten kunnen kiezen.

Anderzijds kunnen deze bewoordingen erop wijzen dat men vreest dat patiënten zich niet bewust zijn van het feit dat euthanasie beschikbaar is, hoewel er zeer veel ruchtbaarheid aan de legalisatie van de procedure is gegeven en dit gepaard ging met de nodige controverse. In dat geval is er na verloop van tijd vanwege de groter wordende bekendheid van de wettelijkheid en beschikbaarheid van de procedure steeds minder reden om onwetendheid te veronderstellen.

Er wordt vaak gesuggereerd dat artsen niet moreel aansprakelijk kunnen worden gesteld voor het verstrekken van informatie aan een patiënt. Dat dat niet noodzakelijkerwijs waar is, blijkt wel uit de schorsing van een Britse arts vanwege het feit dat hij twee 'undercover'-journalisten had verteld hoe zij via buitenlandse orgaanhandel een donornier van een levende donor konden krijgen. De General Medical Council van Groot-Brittannië oordeelde dat hij weliswaar niet had deelgenomen aan de handel, maar dat hij het wel had aangemoedigd door er vragen over te beantwoorden.²⁸ Kennelijk is de General Medical Council van mening dat artsen geen informatie of adviezen mogen geven die de patiënt de indruk kunnen geven dat het kopen van organen van een levende donor moreel of ethisch aanvaardbaar is.

Het communicatieprobleem waarmee medewerkers in de gezondheidszorg die gewetensbezwaar tegen euthanasie hebben te maken krijgen, is dat ze moeten vermijden iets te doen of te zeggen dat niet in overeenstemming is met hun overtuigingen over de morele aard van de procedure, terwijl ze toch de informatie geven waartoe ze volgens de wet of de heersende ethische opinie verplicht zijn. De patiënt heeft het recht voor euthanasie te kiezen, maar gewetensbezwaarden willen die keuze over het algemeen niet positief beïnvloeden omdat dat hun persoonlijke integriteit geweld zou aandoen. Anderzijds moeten bezwaarden zich ervan bewust zijn dat zij de keuze voor euthanasie positief kunnen beïnvloeden door de patiënt van zich te vervreemden.

Toch is de communicatie tussen arts en patiënt over euthanasie in België vermoedelijk minder gecompliceerd dan gelijksoortige communicatie over abortus in Noord-Amerika. Hoewel de Belgische Wet betreffende de rechten van de patiënt artsen verplicht patiënten over euthanasie te informeren,²⁹ legt de Vereniging uit dat een bezwaarde arts het recht heeft de patiënt van zijn/haar

morele standpunt op de hoogte te stellen en vrij is om zijn/haar morele bezwaren tegen de keuze van de patiënt kenbaar te maken. "Morele neutraliteit", zo schreef de Vereniging, "bestaat dus niet bij een euthanasievraag."

In tegenstelling hiermee worden artsen in Noord-Amerika die tegen abortus zijn soms beschuldigd van onethisch en 'bevooroordeeld' gedrag omdat ze hun bezwaren aan een patiënt bekend maken. Soms krijgt men de indruk dat de beschuldigers willen dat de bezwaarden hun mening geweld aandoen door abortus voor te stellen als een moreel neutrale keuze.³⁰ Dit zou het morele standpunt van de bezwaarde onder het mom van 'neutraliteit' tenietdoen ten gunste van het eigen standpunt. Professor J. Budziszewski, een adviseur van het Protection of Conscience Project, beschrijft dergelijke 'neutraliteit' als "autoritarisme te kwader trouw... een oneerlijke manier om een moreel standpunt te promoten door te doen alsof je geen moreel standpunt hebt"³¹ Wat dit betreft, is het goed om te zien dat er in België een meer open en eerlijkere aanpak wordt gehanteerd.

Verplichte doorverwijzing van euthanasie

Zoals eerder aangegeven, is een bezwaarde arts volgens de Belgische euthanasiewet verplicht het medische dossier van een patiënt die euthanasie wil door te geven aan een andere arts als de patiënt hierom vraagt. In tegenstelling tot wat prof. van den Eynden,³² beweert, verplicht de wet echter niet tot een actievere versoepeling van de procedure. De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen heeft zich niet uitgesproken over doorverwijzing, maar in het gemeenschappelijke standpunt wordt beweerd dat een bezwaarde arts patiënten niet alleen tijdig van zijn/haar mening op de hoogte moet brengen, maar ook "samen de patiënt naar een andere behandelende arts moet zoeken". Elders in het gemeenschappelijke standpunt wordt geëist dat een bezwaarde arts 'samenwerkt' met de patiënt om een bereidwillige collega te vinden. Het Project heeft ondervonden dat de meeste artsen met gewetensbezwaar tegen euthanasie dit zouden weigeren, aangezien een dergelijke actieve medewerking zou leiden tot morele verantwoordelijkheid voor de daad.

In antwoord op vragen over het beleid van verplichte doorverwijzing verklaarde de Vereniging dat het voldoende zou zijn als een arts de patiënt erop wijst dat er een officiële telefonische 'hulplijn' is die informatie over het verkrijgen euthanasie en andere kwesties omtrent het levenseinde verstrekt, om te vermijden dat de patiënt "in de steek gelaten wordt". Hoewel dit een veel minder strikte eis lijkt te zijn, blijft het gemeenschappelijke standpunt ongewijzigd. Door de correspondentie te staken, heeft de Vereniging geweigerd uit te leggen wat het officiële standpunt van de gemeenschappelijke ondertekenaars is: verplichte doorverwijzing zoals uiteengezet in het gemeenschappelijke standpunt of de in deze brief voorgestelde 'hulplijn'-optie.

Autonomie, informed consent (geïnformeerde toestemming) en shared decision making (gezamenlijke besluitvorming)

"[A]nvaarding van de autonomie van de patiënt" is volgens het gemeenschappelijke standpunt het onderliggende principe waarop overleg over euthanasie moet zijn gebaseerd. Bovendien wordt de nadruk gelegd op de Engelse woorden 'informed consent' en 'shared decision making' ["Communicatie en overleg vormen de kern van het 'informed consent', de 'shared decision making'"]

...”]. Dit wijst erop dat het document sterk is beïnvloed door Noord-Amerikaanse of Britse bronnen die niet door de Vereniging of de universiteiten zijn geïdentificeerd.

'Autonomie', 'informed consent' en 'shared decision making' zijn termen die helaas vaak op dwingende wijze worden gebruikt door tegenstanders van gewetensvrijheid in de gezondheidszorg, met name wat anticonceptie en abortus betreft. Zo heeft een medisch student die niet bereid was abortus te plegen, orale voorbehoedsmiddelen voor te schrijven of patiënten voor deze diensten door te verwijzen een onvoldoende gekregen van een docent die verklaarde dat hij "[h]et recht van de patiënt op autonomie en deelname aan de besluitvorming" met voeten had getreden.³³

De maatschappij criticus en rechtsadvocaat Iain Benson heeft deze eenzijdige kijk op autonomie bekritiseerd:

Er is geen enkele goede reden . . . om te beweren dat de autonomie van de patiënt voorrang heeft boven de autonomie van de medewerker in de gezondheidszorg, puur omdat zij verschillende meningen zijn toegedaan. Het is dringend noodzakelijk . . . te onderzoeken hoe er ruimte kan worden gemaakt voor geweten en geloofsovertuigingen binnen het huidige technocratische en vaak impliciet anti-religieuze paradigma van bepaalde aspecten van de moderne geneeskunde. . . . Er is een behoorlijk geraffineerde analytische structuur nodig om maximaal respect en maximale ruimte voor de verschillende meningen binnen de maatschappij te waarborgen. . .

In geval van meningsverschillen tussen mensen betreffende een bepaalde procedure of bepaalde medicijnen is het niet de verwijzing naar de 'autonomie' van één persoon die doorslaggevend is, maar de verwijzing naar een ander principe, namelijk dat van de 'gerechtigheid' (wat is gedefinieerd als 'iemand recht doen...'). Want het is in de naam van de gerechtigheid dat tegenstrijdige belangen moeten worden gereconcilieerd . . .³⁴

Het concept van 'shared decision making', dat in de context van het gemeenschappelijke standpunt al te simpel is voorgesteld, is niet van toepassing in geval van gewetensbezwaar. Er kan gezamenlijk overleg zijn, maar als er een fundamenteel verschil is tussen wat de patiënt wil en wat de arts bereid is te doen, is de enige oplossing het eens te zijn het niet eens te zijn en ieder zijns weegs te gaan.³⁵

Een les voor andere landen

België is een klein land en een van de slechts vier rechtsgebieden wereldwijd waar euthanasie of hulp bij zelfdoding legaal is. Toch mag het feit dat een medische beroepsorganisatie en twee universiteiten, waarvan één katholiek, nu bepleiten dat euthanasie in palliatieve zorg wordt geïntegreerd en eisen dat bezwaarde artsen euthanasie door middel van doorverwijzing versoepelen door iemand die zich zorgen maakt over de gewetensvrijheid van medewerkers in de gezondheidszorg niet luchtig worden opgevat. Als hiertegen geen bezwaar wordt aangetekend, zal dit als een precedent worden gebruikt om de gewetensvrijheid in andere landen, waar de argumenten en beweringen die in het gemeenschappelijke standpunt staan al voor dit doel worden gebruikt, te

ondermijnen.

Notes:

1. WET van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie [<http://www.machtelings.be/news/euthanasiewet.pdf>]
Art. 3. § 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

- de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;
 - het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;
 - de 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;
- en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

2. House of Lords Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill. *Minutes of Evidence; Examination of Witnesses*. 13 January, 2005 (Questions 1880 - 1899): Professor Bart van den Eynden (Q1881)
[<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/5011314.htm>] (Accessed 2005-10-25) Professor Bart van den Eynden is hoogleraar Palliatieve zorg aan de Universiteit van Antwerpen, een palliatieve arts die verantwoordelijk is voor een palliatieve afdeling met 12 bedden en de arts van een ondersteunend team palliatieve zorgverleners voor 1000 acute ziekenhuisbedden in Antwerpen. Hij is plaatsvervangend lid van de Belgische Federale Controle- en Evaluatiecommissie inzake euthanasie, die 16 leden telt.

3. ". . . de hele beweging voor het regelen bij wet van euthanasie in België was niet het resultaat van echte zorg om de lijdende patiënt, maar begon als een politieke aangelegenheid en veranderde in een ideologisch debat tussen twee tegenovergestelde kampen." House of Lords Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill. *Minutes of Evidence; Examination of Witnesses*. 13 January, 2005 (Questions 1855 - 1859): Professor Bart van den Eynden(Q1855)
[<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/5011314.htm>] (Accessed 2005-10-25)

Broeckaert, B. Janssens, R. "Palliative Care and Euthanasia: Belgian and Dutch Perspectives." p.20-21 *Ethical Perspectives* 9/2-3 (June - September - 2002) 156 - 176
[<http://www.kuleuven.ac.be/ep/page.php>] (Accessed 2005-10-27)

4. "GPs 'must change attitude' over euthanasia." *Expatica*, 5 December, 2003.
[http://www.expatica.com/source/site_article.asp?channel_id=1&story_id=2889] (Accessed 2005-10-13).

2005-12-20

5. Projectbrief aan de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, 23 juli 2004
[<http://www.consciencelaws.org/Dutch/BackEuthanasia10a.html>]
6. Brief van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, 24 August 2004
[<http://www.consciencelaws.org/Dutch/BackEuthanasia11a.html>].
7. Projectbrief aan de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, 6 October, 2004
[<http://www.consciencelaws.org/Dutch/BackEuthanasia12a.html>] Projectbrief aan de
Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, 25 April & 29 September, 2005
[<http://www.consciencelaws.org/Dutch/BackEuthanasia13a.html>].
8. "Euthanasia for 200 in first year." *Expatica*, 25 November, 2003.
[http://www.expatica.com/source/site_article.asp?channel_id=1&story_id=2571]
(Accessed 2005-10-13).
9. "One Belgian dies each day from euthanasia procedures." *Expatica*, 21 April, 2005.
[http://www.expatica.com/source/site_article.asp?channel_id=1&story_id=19352] (Accessed
2005-10-13).
10. "One Belgian dies each day from euthanasia procedures." *Expatica*, 21 April, 2005.
[http://www.expatica.com/source/site_article.asp?channel_id=1&story_id=19352] (Accessed
2005-10-13).
11. Maintenance and Improvement of quality health care: The Belgian Health Care System
Revisited Dr. M. MOENS Secretary-general VBS-GBSBrussels, September 27, 2003
[<http://gbs-vbs.org/dgs/gs2003/gsfolio16/bhcs.htm>] (Accessed 2005-10-13).
12. In Table 5, Maintenance and Improvement of quality health care: The Belgian Health Care
System Revisited Dr. M. MOENS Secretary-general VBS-GBSBrussels, September 27, 2003
[<http://gbs-vbs.org/dgs/gs2003/gsfolio16/bhcs.htm>] (Accessed 2005-10-13).
13. "Belgian euthanasia cases 'exceed official reports.'" *Expatica*, 6 September, 2005.
[http://www.expatica.com/source/site_article.asp?channel_id=1&story_id=23437] (Accessed
2005-10-13).
14. "Er wordt aangenomen dat het om dezelfde aantallen gaat als in Nederland. Dit betekent dat
minimaal 50 procent niet wordt gemeld. Mogelijk is het echter meer, maar omdat het niet wordt
gemeld, weet je het niet." House of Lords Select Committee on Assisted Dying for the
Terminally Ill Bill. *Minutes of Evidence; Examination of Witnesses*. 13 January, 2005
(Questions 1860 - 1879): Professor Bart van den Eynden(Q1866)
[<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/5011313.htm>] (Accessed
2005-10-25).

Voorzitter Wim Distelmans van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie heeft op basis van de Nederlandse situatie gesuggereerd dat het daadwerkelijke aantal gevallen van euthanasie in België 150 per maand is: vijf keer zoveel als gemeld. Quoted in "Belgian euthanasia cases 'exceed official reports.'" *Expatica*, 6 September, 2005.

[http://www.expatica.com/source/site_article.asp?channel_id=1&story_id=23437] (Accessed 2005-10-13).

15. "Sommige mensen bereiken op een bepaald moment een fase waarop ze met recht kunnen zeggen dat ze genoeg hebben van palliatieve zorg. Dat ze deze wereld wat sneller achter zich willen laten. En daarom vind ik dat medisch begeleide zelfdoding onderdeel van goede palliatieve zorgverlening moet uitmaken." Interview of Michael Irwin, 19 October, 2005.

Outlook: BBC World Service

[http://www.bbc.co.uk/worldservice/meta/tx/nb/outlook_wed_au_nb.ram] (Accessed 2005-10-20).

16. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, *Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven* (september, 2003) [Flemish Palliative Care Federation, *Dealing with Euthanasia and Other Forms of Medically Assisted Death* (September, 2003) Originally at [<http://fedpalzorg.be/wemmel/teksten/Euthanasie%20-%20standpunt%20Federatie.doc>]

Cached at [http://66.102.7.104/search?q=cache:N7Nk_7UtayMJ:fedpalzorg.be/wemmel/teksten/Euthanasie%2520-%2520standpunt%2520Federatie.doc+%22Omgaan+met+euthanasie+en+andere+vormen+van+medisch+begeleid+sterven%22&hl=en] (Accessed 2005-10-27). In Dutch and English at [<http://www.consciencelaws.org/Drafts/BackEuthanasia14.html>].

17. Broeckaert, B. Janssens, R. "Palliative Care and Euthanasia: Belgian and Dutch Perspectives." p.20-21 *Ethical Perspectives* 9/2-3 (June - September - 2002) 156 - 176

[http://www.kuleuven.ac.be/ep/page.php?LAN=E&FILE=ep_detail&ID=33&TID=57] (Accessed 2005-10-27).

18. Broeckaert, B. Janssens, R. "Palliative Care and Euthanasia: Belgian and Dutch Perspectives." p.20-21 *Ethical Perspectives* 9/2-3 (June - September - 2002) 156 - 176

[http://www.kuleuven.ac.be/ep/page.php?LAN=E&FILE=ep_detail&ID=33&TID=57] (Accessed 2005-10-27).

19. [<http://www.leif.be/>] "Het LEIFproject is een open initiatief en bestaat uit mensen en verenigingen die streven naar een menswaardig levenseinde voor iedereen, waarbij respect voor de wil van de patiënt voorop staat."

20. House of Lords Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill. *Minutes of Evidence; Examination of Witnesses*. 13 January, 2005 (Questions 1860 - 1879): Professor Bart

van den Eynden (Q1862)

[<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/5011313.htm>] (Accessed 2005-10-25).

21. Ook in dit opzicht wijkt de verklaring af van het oorspronkelijke standpunt van de Federatie, zoals beschreven door Broeckaert en Janssens. De FPVZ had met succes betoogd dat de rol van de tweede arts in het euthanasieproces moest worden uitgebreid van simpelweg bevestigen dat de patiënt ongeneeslijk ziek is tot bevestigen dat het fysieke of mentale lijden van de patiënt niet kan worden gelenigd, maar had niet gesuggereerd dat een lid van het team palliatieve zorgverleners dienst zou kunnen doen als tweede arts bij een euthanasieverzoek.

[<http://www.kuleuven.ac.be/ep/page.php>] (Accessed 2005-10-25)

22. De Federatie betoogt dat rechtstreekse medewerking volledig in tegenspraak is "met de nadruk die wij willen leggen op de continuïteit van de zorgverlening en de in de organisatie van de Vlaamse palliatieve zorg ingeschreven emancipatorische bekommernis: het basisprincipe dat de georganiseerde palliatieve zorg er is om te informeren en te ondersteunen en niet om in de plaats te treden van de reguliere zorg". Met de 'emancipatorische bekommernis' lijkt het verlangen om 'pseudo-keuzes' voor euthanasie te vermijden te worden bedoeld. Dit zijn beslissingen die in feite niet vrijelijk zijn genomen omdat de patiënt niet is geïnformeerd over duidelijke palliatieve alternatieven en dus slechts beperkte keuzemogelijkheden heeft. Als dit het geval is, is het onduidelijk hoe dit in verband staat met wat erop volgt.

23. Rien Janssens, Hen ten Have, David Clark, Bert Broeckaert et al., "Palliative Care in Europe. Towards a more comprehensive understanding." *European Journal of Palliative Care* 8 (2001): p. 20-23. Cited in Broeckaert, B. Janssens, R. "Palliative Care and Euthanasia: Belgian and Dutch Perspectives." p.20-21 *Ethical Perspectives* 9/2-3 (June - September - 2002) 156 - 176 [http://www.kuleuven.ac.be/ep/page.php?LAN=E&FILE=ep_detail&ID=33&TID=57] (Accessed 2005-10-27).

24. *World Health Organization Definition of Palliative Care.*

[<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>] (Accessed 2005-10-13).

25. Doyle D, Hanks G, MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, 1993. Quoted at

[<http://64.85.16.230/educate/content/elements/oxforddefinition.html>] (Accessed 2005-10-13).

26. American Academy of Hospice and Palliative Medicine Position Statements: *Comprehensive End-of-Life Care and Physician-Assisted Suicide*. Approved by the Board of Directors, June 25, 1997. [<http://www.aahpm.org/positions/suicide.html>] (Accessed 2005-10-13).

27. Somerville, Margaret, *Death Talk: The Case against Euthanasia and Physician Assisted Suicide*. Montreal: McGill-Queen's University Press, 2001, p. 124, quoting T. Quill, "The Case

2005-12-20

for Euthanasia,” “Searching for the ‘Soul’ of Euthanasia,” 11th International Congress on Care of the Terminally Ill, Montreal, 1996.

28. *Organ Trade GP suspended*. BBC News, 15 October, 2002
[<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/2329447.stm>] (Accessed 2004-01-06).

See also Dyer, Owen, “Organ trafficking prompts UK review of payments for donors”. *British Medical Journal* 2002;325:924 (26 October)

29. Wet betreffende de rechten van de patiënt, Art.8.§ 2,
[<http://www.consciencelaws.org/Dutch/BackEuthanasia15a.html>]

30. Murphy, Sean, *Planned Parenthood and "Anti-Choice" Rhetoric: A response to "Planned Parenthood Targets 'Anti-choice' Docs"* [Mario Toneguzzi, *Calgary Herald*, August 19, 2004]
[[http://www.consciencelaws.org/Project/Conscience-Archive/Commentary/Conscience-Commentary-2004-07-to-12.html#Planned Parenthood and Anti-Choice Rhetoric](http://www.consciencelaws.org/Project/Conscience-Archive/Commentary/Conscience-Commentary-2004-07-to-12.html#Planned%20Parenthood%20and%20Anti-Choice%20Rhetoric)]

31. Jay Budziszewski, “Handling Issues of Conscience”. *The Newman Rambler* (Spring/Summer 1999, Vol. 3, No. 2).
[<http://www.consciencelaws.org/Examining-Conscience-Issues/Ethical/Articles/Ethical07.html>]

32. House of Lords Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill. *Minutes of Evidence; Examination of Witnesses*. 13 January, 2005 (Questions 1860 - 1879): Professor Bart van den Eynden (Q1861)
[<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/5011313.htm>] (Accessed 2005-10-25)

33. Document quoted in Project Report 2004-01 (Restricted circulation)

34. Benson, Iain, T. *"Autonomy", "Justice" and the Legal Requirement to Accommodate the Conscience and Religious Beliefs of Professionals in Health Care* (Revised March 2001)
[<http://www.consciencelaws.org/Examining-Conscience-Legal/Legal04.html>]

35. Charles, C., Gafni, A., Whelan, T., 1997. *Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or, it takes at least two to tango)*. *Social Science and Medicine* 44, 681-692.
Charles, C., Gafni, A., Whelan, T., 1999. In een latere verhandeling over hetzelfde onderwerp verklaren de auteurs het volgende: "Als een arts de wensen van de patiënt niet zonder gewetensbezwaar kan goedkeuren, is er geen overeenstemming over de tenuitvoerbrenging van het besluit, hoewel er gezamenlijk overleg is gepleegd . . . patiënten hebben te maken met de beperking dat hun wensen . . . alleen ten uitvoer kunnen worden gebracht als een arts daarmee akkoord gaat. Anderzijds . . . kan een patiënt die door een arts is geweigerd een verzoek tot dezelfde behandeling indienen bij een andere arts. . . Een weigering van de eerste arts betekent niet dat hij of zij de gewenste behandeling niet kan krijgen van de tweede." *Shared decision-*

2005-12-20

making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Social Science and Medicine 49, 651-661

Wet betreffende de euthanasie

28 Mei 2002. -

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.

Wet betreffende de rechten van de patiënt

NEDERLANDSE ORIGINEEL

ENGELS VERTALING

HOOFDSTUK II. - Definities en toepassingsgebied

CHAPTER II.

Art. 2. Voor de toepassing van deze wet moet worden verstaan onder :

1° patiënt : de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek;

2° gezondheidszorg : diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden;

Art. 3. § 1. Deze wet is van toepassing op privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheidszorg verstrekt door een beroepsbeoefenaar aan een patiënt.

Art. 4. In de mate waarin de patiënt hieraan zijn medewerking verleent, leeft de beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet na binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden. In het belang van de patiënt pleegt hij desgevallend multidisciplinair overleg

HOOFDSTUK III. - Rechten van de patiënt

Art. 5. De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.

Art. 6. De patiënt heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet.

Art. 7. § 1. De patiënt heeft tegenover de beroepsbeoefenaar recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.

Art. 2. For the purposes of this Act, the following definitions shall apply:

1° patient: the natural person for whom healthcare is provided, whether or not at their own request;

2° healthcare: services provided by a professional practitioner with the aim of fostering, assessing, preserving, restoring or improving the state of health of a patient or of attending to the patient when dying;

Art. 3. 1. This Act shall apply to legal conduct in private and public law with regard to healthcare provided to a patient by a professional practitioner.

Art. 4. Insofar as the patient lends his cooperation to such, the professional practitioner shall observe the provisions of this Act within the limitations of the rights assigned him by or pursuant to the Act. He shall engage in multi-disciplinary consultations where appropriate in the interests of the patient.

CHAPTER III. - Rights of the patient

Art. 5. The patient shall have the right to the provision of a quality service by the professional practitioner, in accordance with his needs and with respect for his human dignity and self-determination, without any discrimination on any grounds whatsoever.

Art. 6. The patient shall have the right to the freedom of choosing the assigned professional practitioner and of changing such choice, subject in both cases to the limitations set out in the Act.

Art. 7. 1. The patient shall have the right to obtain from the professional practitioner all information concerning himself that is necessary to gain an insight into his own state of health and how it is expected to evolve.

Wet betreffende de rechten van de patiënt

NEDERLANDSE ORIGINEEL

Art. 8. § 1. De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.

Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de beroepsbeoefenaar, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden.

Op verzoek van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar en met de instemming van de beroepsbeoefenaar of van de patiënt, wordt de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 2. De inlichtingen die aan de patiënt verstrekt worden, met het oog op het verlenen van diens toestemming bedoeld in § 1, hebben betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen. Ze betreffen bovendien de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen, desgevallend met inbegrip van de wettelijke bepalingen die met betrekking tot een tussenkomst dienen te worden nageleefd.

ENGELS VERTALING

Art. 8. 1. The patient shall have the right to exercise his informed, prior and free consent in any intervention by the professional practitioner.

This consent shall be given expressly, excepting if the professional practitioner, after having informed the patient sufficiently, can reasonably interpret the patient's conduct as indicating their consent.

On request of either the patient or the professional practitioner and with the assent of either the professional practitioner or the patient, the consent shall be confirmed in writing and included in the patient dossier.

2. The information provided to the patient with the aim of obtaining their consent as intended under 1, shall concern the purpose, the nature, the degree of urgency, the duration, the frequency, the contra-indications, adverse reactions and risks for the patient in connection with the intervention, the aftercare, the possible alternatives and the financial consequences. Moreover, they shall concern the possible consequences in the event that consent is withheld or withdrawn and other clarifications that the patient or the professional practitioner consider relevant, including, where appropriate, the provisions of the Act that are to be observed in respect of an intervention.

Wet betreffende de rechten van de patiënt

NEDERLANDSE ORIGINEEL

ENGELS VERTALING

HOOFDSTUK VI. - Wijzigende- en slotbepalingen

CHAPTER VI.

Art. 17novies. Ieder ziekenhuis leeft, binnen zijn wettelijke mogelijkheden, de bepalingen na van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de patiënt. Bovendien waakt ieder ziekenhuis erover dat ook de beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen.

Art. 17h Within their statutory capabilities, all hospitals shall observe the provisions of the Act of 22nd August concerning the rights of the patient in respect of medical, nursing and other professional healthcare-related aspects in their legal conduct vis-à-vis their patients. Furthermore, all hospitals shall also monitor the professional practitioners who are not engaged on the basis of a contract of employment or a statutory appointment, to ensure that the rights of the patient are respected.

Standpunt over medische beslissingen rond het levenseinde en euthanasie

ORIGINEEL

Wetenschappelijk e Vereniging van Vlaamse
Huisartsen

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
van de Katholieke Universiteit Leuven

Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit
Gent

Persconferentie: Brussels - 4 december 2003

Stellingen

1. Stervensbegeleiding en alle mogelijke hiermee geassocieerde medische beslissingen behoren tot het takenpakket van de huisarts
2. Euthanasie is één van de mogelijke keuzes bij stervensbegeleiding, en dient gekaderd en ingebed te worden in een palliatieve totaalzorg die de individuele zorg overstijgt
3. De zorgregio's moeten over stervensbegeleiding multidisciplinaire navorming en opleiding organiseren. Wij engageren ons om dit wetenschappelijk en didactisch te begeleiden in samenwerking met de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen en het LEIF-artsenforum. Zo willen wij vermijden dat polariserende groepen ontstaan met eigen opleidingen en invullingen.
4. Wij verzetten ons tegen de oprichting van euthanasieteams of euthanasiecentra. Artsen moeten ondersteund en begeleid worden en strategieën moeten ontwikkeld worden wanneer zij om praktische of ethische redenen niet kunnen ingaan op een euthanasieverzoek van hun patiënt.
5. Zowel de andere als de tweede te raadplegen arts in het kader van de euthanasiebeslissing moeten zeer deskundig zijn op het gebied van palliatieve totaalzorg.

ENGELS VERTALING

The Belgian Association of General Practitioners

The Academy at the Catholic University of Leuven
The Academy for Knowledge at the University of

Ghent

Press Conference: Brussels - 4 December 2003

Positions

1. The responsibilities of the general practitioner include aid in dying and everything connected thereto.
2. Euthanasia is one of the possible choices of dying and should be enclosed in the total palliative care encompassing care of the individual.
3. The care regions must organize multidisciplinary teams and training for the dying. To prevent polarization within our own disciplines, we are collaborating with the Flemish Palliative Care Federation and LEIF forum for medical doctors.
4. We are against the formation of euthanasia teams and centres. GP's have to be given guidance and develop strategies to respond to a request for euthanasia by a patient, when they disagree with it for ethical or practical reasons.
5. Both the GP and the second physician who are to be consulted in the euthanasia decision should be very well versed in total palliative care.

Standpunt over medische beslissingen rond het levenseinde en euthanasie

ORIGINEEL

6. Elke arts heeft het recht euthanasie of een andere levenseindebeslissing te beschouwen als niet strokend met zijn persoonlijke ethiek. Deze arts is dan verplicht dit tijdig en duidelijk aan zijn patiënt mee te delen en te zorgen voor een soepele doorverwijzing.

Het artsenkorps is niet voorbereid op de toepassing van de recente wetgevingen in verband met patiëntenrechten en euthanasie. De grondige persoonlijke reflectie van de arts over zijn houding hieromtrent dient gevoed en ondersteund door collegiaal overleg.

De Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen wil het artsenkorps in dit proces van reflectie wetenschappelijk begeleiden. De vereniging wil dit concretiseren door middel van onderzoek en door het organiseren van navorming[1], opleiding en training over de besluitvorming bij alle levenseindebeslissingen.

Zij wil dit doen in nauwe samenwerking met de andere huisartsenorganisaties en met de Federatie voor Palliatieve Zorg Vlaanderen en het Leifartsenforum. Zij wil vermijden dat polariserende groepen ontstaan met eigen opleidingen en invullingen. Zij wil mee zoeken naar een optimalisering van de begeleiding bij het levenseinde waarin aanbevelingen en wetten erkend en toegepast worden in een open sfeer van continue reflectie en toetsing.

De huisartsenkringen hebben hier een belangrijke taak. De zorgregio is het niveau waarop alles in verband met stervensbegeleiding dient geïnventariseerd te worden en waarop de noodzakelijke navorming bij voorkeur multidisciplinair dient georganiseerd te worden. Wij willen dan ook de palliatieve netwerken uitnodigen zich op deze evolutie positief voor te bereiden.

ENGELS VERTALING

6. Every physician has the right to refuse euthanasia or any other end of life decision if it clashes with his personal ethics. However, this physician must give timely notice to his patient of this and refer the patient to another physician with a different view.

Physicians have not been prepared for the implementation of the recent legislation in connection with patients rights and euthanasia. The thorough personal reflection of the physician about his attitude toward this is nourished and supported through collegial thought.

The Belgian Association of General Practitioners wants to accompany the physicians corps in this trial of reflection. The association want to concretize this through means of investigation and through the organizing of continuing medical education [1] and training in end of life over the decision-making.

We want to do this specifically with other general practitioners organizations and with the Flemish Palliative Care Federation and the LEIF forum for medical doctors. We want to avoid polarization within our own discipline. We want to seek to an optimization of the care at end of life in which research findings are applied in an open atmosphere of continuous reflection and review.

The general practitioners circles have here an important task. The care region is the level at which everything in connection with care of the dying should be available and at which the preferred multidisciplinary approach is organized. We also want to encourage the positive evolution of palliative networks.

Standpunt over medische beslissingen rond het levenseinde en euthanasie

ORIGINEEL

Handelingen aan het levenseinde behoren tot de taak en functie van de huisarts. De thuisbegeleiding van een patiënt met een fatale prognose gebeurt best door de huisarts. Multidisciplinaire samenwerking en overleg zijn echter noodzakelijk in de fase die de dood voorafgaat en waarin belangrijke beslissingen moeten genomen worden.

Dit vereist ook dat de andere disciplines, ook deze op de tweede lijn, de huisarts erkennen in zijn specifieke taak en bereid zijn tot die multidisciplinaire samenwerking. Ondersteuning vragen van de multidisciplinaire thuiszorgequipes voor palliatieve zorg is in de regel aangewezen omdat niet alle artsen voldoende vertrouwd zijn met de mogelijkheden en de specifieke doelstellingen van palliatieve zorg.

Alle mogelijkheden moeten eerst met de patiënt besproken worden zodat hij goed geïnformeerd ook kan kiezen voor euthanasie. Psychologische en/ of spirituele begeleiding, ondersteuning van de mantelzorg, verzorging in een palliatieve eenheid zijn opties die onderzocht moeten worden. Dit laatste vraagt een bijzondere en wederzijdse inzet van de huisarts en de specialist om transmuraal goed samen te werken.

Hoewel heel wat patiënten nog steeds de "colloque singulier" verkiezen moet een arts overtuigd zijn van de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak. Ook de patiënt die in de fase van ontkenning blijft vastzitten, moet kunnen rekenen op respect en begrip voor deze houding. Het multidisciplinaire en open overleg tussen de verschillende betrokken hulpverleners zal hen helpen om ook in deze moeilijke situatie een aangepaste zorg en ondersteuning te verlenen.

ENGELS VERTALING

The GP has an important task at the end of life as the home care of the patient with a fatal prognosis is handled by the GP. However, multidisciplinary co-operation and deliberation are necessary in the phase preceding death, during which important decisions must be made.

This is also required of other disciplines, but the general practitioner must recognize his specific task and be ready to cultivate that multidisciplinary cooperation. Asking for the support of multidisciplinary groups is, as a rule, indicated, because not all physicians are sufficiently versed in the possibilities and specific objectives of palliative care.

All possibilities must first be discussed with the patient so that he is well-informed and can opt for euthanasia. Psychological and/ or spiritual care are desirable options in unified palliative care. These last requires special and mutual effort of the general practitioner and the specialist, who must work well together.

Although many patients still prefer one-on-one relationship, physicians must be convinced of the greater value of a multidisciplinary approach. Moreover, the patients who are stuck in denial must be able to count on respect and understanding of their attitude. The multidisciplinary approach and shared understanding among the different relief workers involved will also help them help to provide appropriate care and support.

Standpunt over medische beslissingen rond het levenseinde en euthanasie

ORIGINEEL

Om dit op een kwaliteitsvolle wijze te doen is het aanvaarden van de autonomie van de patiënt een eerste vereiste. Afstappen van het concept van de 'weldoende' arts die beslist over leven of dood is voor sommige artsen erg confronterend en verwarrend. Het nieuwe concept waarin de patiënt zelf beslist over zijn gezondheid, ziekte en manier van sterven vraagt van de arts een aangepaste attitude en een enorme communicatievaardigheid.

Communicatie en overleg vormen de kern van het 'informed consent', de 'shared decision making' en het eventueel opstellen van een "informatie- en communicatiecontract" waarin arts en patiënt afspreken tot op welke hoogte de patiënt wenst ingelicht te worden en wie, wanneer de patiënt zelf niet meer verder wil geïnformeerd worden zijn vertrouwenspersoon is waarmee de arts verdere afspraken kan maken.

Deze vaardigheid is op de dag van vandaag zeker nog niet algemeen verworven in het medisch korps. Artsen moeten in hun continue navorming hieraan de nodige aandacht besteden. Ook heel wat patiënten zijn nog niet vertrouwd met deze nieuwe visie op de artspatiënt relatie en kunnen hierop onwennig reageren en zich zelfs verontrust voelen.

Hoe een patiënt denkt over euthanasie moet vooraf besproken worden en geregistreerd in het medisch dossier.

De huisarts als de zorgverlener die de levensloop van de patiënt begeleidt is goed geplaatst om de wensen van de patiënt over zijn levenseinde te bespreken, te bewaken en te registreren in het medisch dossier. De arts moet dit gesprek in bepaalde gevallen zelf initiëren om te vermijden dat minder geïnformeerde patiënten of minder communicatievaardige patiënten hun recht op een euthanasievraag wordt ontzegd. In de palliatieve fase worden deze gegevens overgebracht naar het palliatief zorgdossier.

ENGELS VERTALING

Team members must acknowledge that acceptance of the autonomy of the patient is a first requirement. Giving up the conception of the paternalistic physician who makes life and death decisions is very confusing and challenging for some physicians. The new conception in which the patient himself makes decisions about his health, illness and manner of dying demands adaptive attitudes and enormous communication skills on the part of physicians.

Communication and deliberation are essential to 'informed consent' and 'shared decision making', and may include the use of an "information and communication contract" in which physician and patient agree upon a trusted person who will be the GP's contact once the patient is personally unable to participate.

This skill is needed in the medical profession but not always acquired. Physicians must attend to this as part of their continuing medical education. Moreover, many patients can react uncomfortably and even feel alarmed because they are not yet have accustomed to this new view of the physician patient relationship.

What a patient thinks about euthanasia should be discussed and recorded in his medical file in advance.

The attending GP is well placed to understand the medical history of the patient, to discuss end of life decisions and record the information in the medical file. In some cases the physician must initiate these discussions to ensure that less well-informed patients are not denied their right to choose euthanasia. In the palliative care phase these discussions should be recorded in the palliative care file.

Standpunt over medische beslissingen rond het levenseinde en euthanasie

ORIGINEEL

Euthanasie kan een mogelijke keuze van stervensbegeleiding zijn, gekaderd en ingebed in een palliatieve totaalzorg. Hieruit volgt dat het oprichten van euthanasieteams en centra voor euthanasie dient te worden vermeden. Het is onze overtuiging dat de voor de toepassing van euthanasie vereiste andere en tweede arts zeer deskundig moet zijn op het gebied van palliatieve zorg en meer specifiek op het gebied van de mogelijke medische beslissingen aan het levenseinde. De artsen verbonden aan de multidisciplinaire

thuiszorgequipes palliatieve zorg komen hiervoor zeker in aanmerking.

Wanneer euthanasie niet strookt met de persoonlijke ethiek van de arts moet hij dit tijdig en duidelijk aan zijn patiënt meedelen. Samen kunnen zij dan een andere behandelende arts voor de patiënt zoeken. Het is aan de huisartsenkringen om binnen een zorgregio hiervoor passende strategieën te ontwikkelen en aan te bieden.

ENGELS VERTALING

Euthanasia is a possible choice at the end of life included in a total package of palliative care. It follows that euthanasia teams and centres for euthanasia should not be set up. It is our conviction that the second physician required must have specialized knowledge about palliative care and end of life decisions. Physicians involved in multidisciplinary teams

should be consulted.

When the physician does not agree with euthanasia because of his personal ethics, he must give clear and timely notice of this to his patient. They can then work together to find a physician with a different view. GP circles within a care region should develop suitable strategies for this purpose.

Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 6 september 2003

NEDERLANDSE ORIGINEEL

Onderstaande tekst verwoordt de visie van de Federatie op euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven zoals bekendgemaakt op het Symposium van 6 september 2003 "Beslissingen op de grens van leven en dood". Het is mogelijk dat deze visie in de toekomst nog wordt bijgesteld.

ENGELS VERTALING

The text below reflects the vision of the Federation with regard to euthanasia and other forms of medically-assisted death, as announced at the Symposium on 6th September 2003 "Decisions on the border between life and death". This vision may be subject to future amendment.

Het doel van palliatieve zorg is de best mogelijke levenskwaliteit te bieden aan de ongeneeslijk zieke patiënt en zijn naastbestaanden. Om dit doel te bereiken moeten er niet zelden delicate medisch-ethische beslissingen genomen worden. Is een ziekenhuisopname nog aangewezen? Of is het beter de patiënt zijn of haar laatste maanden in de vertrouwde omgeving te laten doorbrengen? Hoever kunnen we gaan in onze pijn- en symptoomcontrole? Wat doen we met voeding en vocht als normaal eten en drinken onmogelijk wordt? Wanneer verwordt een levensverlengende behandeling tot therapeutische hardnekkigheid?

The objective of palliative care is to provide terminally ill patients and their relatives with the best possible quality of life. In order to achieve this objective, delicate medical-ethical decisions often need to be made. Is admittance to hospital still required? Or would it be better to allow the patient to spend his or her final months in familiar surroundings? To what extent should we control pain and other symptoms? What should we do with foods and liquids if normal eating and drinking become impossible? When does life-sustaining treatment turn into therapeutic persistence?

Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 6 september 2003

NEDERLANDSE ORIGINEEL

... De ervaring leert en wetenschappelijk onderzoek toont aan dat zorgverleners veel vaker met deze moeilijke vragen te maken hebben dan met vragen om euthanasie. Het is van het grootste belang dat ook bij deze vragen, waarvoor er geen uitgewerkte, wettelijke procedures zijn voorzien, de grootst mogelijke zorgvuldigheid wordt beoogd. Ook hier moet de stem van de patiënt een bepalende rol spelen. Ook hier zijn gespecialiseerd advies en deskundige ondersteuning aangewezen. Voor dit advies en deze ondersteuning kan iedere zorgverlener bij de palliatieve equipes van de eigen regio of instelling terecht. Niettegenstaande haar inbedding in een veel omvangrijker geheel van medisch-ethische beslissingen verdient euthanasie, omwille van haar uitzonderlijke karakter, onze bijzondere aandacht. Van bij het begin van het euthanasiedebat heeft de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen ervoor gekozen een open en constructieve dialoog aan te gaan met de politieke wereld.

Het in voege treden van de euthanasiewet, nu bijna één jaar geleden, heeft binnen de Federatie en haar diverse geledingen het denkproces omtrent euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven alleen maar versterkt. Bij heel wat zorgverleners blijken rond euthanasie en de euthanasiewet nog steeds heel wat vragen en onzekerheden te bestaan. Als overkoepelend orgaan van de Vlaamse palliatieve zorg-initiatieven leek het ons daarom aangewezen, mede ook met het oog op de voorziene evaluatie van de euthanasiewet, de volgende aandachtspunten naar voren te schuiven.

ENGELS VERTALING

... Experience teaches, and scientific research shows, that carers are confronted with these difficult issues a lot more often than with requests for euthanasia. It is vitally important that the greatest possible care is also taken with these issues, for which no legal procedures have been devised. Likewise, the patient's say must play a decisive part in these cases; and specialist advice and professional support is also required. For advice and support, carers can contact the palliative teams from their local region or institution. Despite the embedding of euthanasia in a considerably larger realm of medical-ethical decisions, its exceptional character causes it to merit our particular attention. From the start of the debate on euthanasia, the Flemish Palliative Care Federation has chosen to have an open and constructive dialogue with the political world.

The Belgian Euthanasia Act, which came into force almost a year ago, has only served to strengthen the thought process relating to euthanasia and other forms of medically-assisted death within the Federation and its various sections. Many carers still have a lot of questions and uncertainties with regard to euthanasia and the Euthanasia Act. As umbrella organisation for the Flemish palliative care initiatives, it seemed appropriate to us to focus more attention on the following points, partly also with a view to the forthcoming evaluation of the Euthanasia Act.

Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 6 september 2003

NEDERLANDSE ORIGINEEL

ENGELS VERTALING

Uitgangspunt: geen polarisatie, maar dialoog en respect

1. Palliatieve zorg en euthanasie zijn alternatieven noch tegenpolen. Wanneer een arts bereid is het euthanasieverzoek in te willigen van een patiënt die ondanks de beste zorgen ondraaglijk blijft lijden, dan ontstaat geen breuk tussen de eerder door de arts gegeven palliatieve zorg en de nu door hem toegepaste euthanasie, integendeel. Euthanasie maakt in voorkomend geval deel uit van de palliatieve zorg waarmee de arts en het verzorgend team de patiënt en zijn/haar naasten omringt"

2. Dialoog en respect zijn sleutelwoorden in het omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven. Een eerlijke en interactieve houding waarin men met de patiënt op weg gaat, in alle openheid maar ook in het grootste respect voor zijn/haar levensovertuiging en deze van zichzelf en de andere zorgverleners, biedt de beste kansen voor een menswaardig sterven.

Zorgverleners hebben hierbij het volste recht eigen ethische grenzen te stellen, al wordt verwacht dat ze deze grenzen eerlijk, duidelijk en vooral ook tijdig aangeven.

1. Palliative care and euthanasia are neither alternatives nor opposites. When a doctor is prepared to accede to the euthanasia request of a patient who continues to find life unbearable despite the best treatment, then there is no gap between the palliative care given previously by the doctor and the euthanasia he applies now; on the contrary. In such a case, euthanasia forms part of the palliative care with which the doctor and the care team surround the patient and his or her nearest.

2. Dialogue and respect are key words when dealing with euthanasia and other forms of medically-assisted deaths. An honest and interactive relationship with the patient, completely open and with the greatest respect for the beliefs of the patient, their own beliefs and those of other carers, provides the best chances for a dignified death.

In this respect, carers are fully entitled to set their own ethical limits, but are expected to make these known clearly, honestly and sufficiently in advance.

Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 6 september 2003

NEDERLANDSE ORIGINEEL

Verantwoord omgaan met een euthanasieverzoek: begrip, deskundigheid en interdisciplinariteit

3. Mensen vragen niet om euthanasie vanuit één of andere morbide doodswens, omdat ze altijd al zo graag dood wilden, maar omdat op een bepaald moment in hun ziekteproces voor hen het lijden en daardoor het leven zelf ondraaglijk is geworden. Diverse factoren kunnen hier, vaak in combinatie, een doorslaggevende rol spelen: de angst voor wat komen gaat, ademhalingsproblemen, ontluistering, fysieke pijn, het verlies van controle, het steeds zwakker en totaal afhankelijk worden, ... Een euthanasievraag heeft aldus bij uitstek te maken met een bestaand of verwacht gebrek aan levenskwaliteit, veroorzaakt door het lichamelijke, psycho-sociale en/of geestelijke lijden van de patiënt. Het is dan ook de taak van de zorgverlener die om euthanasie wordt gevraagd in meerdere open en diepgaande gesprekken (cfr. Art. 3, §2, 2° euthanasiewet) met de patiënt zicht te krijgen op het waarom van zijn/haar vraag tot levensbeëindiging: wat is het precies dat maakt dat het leven voor hem of haar niet langer uit te houden is?

4. Gezien het delicate, onomkeerbare en ingrijpende karakter van euthanasie is het van het grootste belang dat euthanasie slechts wordt toegepast wanneer er sprake is van een lijden 'dat niet gelenigd kan worden' (Art. 3, §1 euthanasiewet), van een situatie 'waarvoor er geen redelijke andere oplossing is' (Art. 3, §2, 1° euthanasiewet). Vandaar dat de zorgverlener met de patiënt dient na te gaan of het 'normale' medische handelen niet in staat is de lichamelijke, psycho-sociale en/of geestelijke pijn die aan de oorsprong ligt van zijn/haar euthanasieverzoek te verlichten. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld om euthanasie vraagt omdat de lichamelijke pijn niet te harden is, dan kan euthanasie pas worden overwogen wanneer vaststaat dat zelfs een geoptimaliseerde pijntherapie niet helpt.

ENGELS VERTALING

Dealing responsibly with a request for euthanasia: understanding, expertise and interdisciplinarity

3. People do not request euthanasia because of some morbid death wish, or because they have always wanted to die, but because, at some point during their sickness, their suffering, and therefore life itself, becomes unbearable. Various factors, often in combination, can play a decisive role in this: fear of what will happen, respiratory difficulties, humiliation, physical pain, loss of control, increasing weakness and total dependence on others, etc. A request for euthanasia is always associated with an actual or expected decline in the quality of life, as a result of the patient's physical, psycho-social and/or mental suffering. It is therefore the responsibility of the carer, who receives a request for euthanasia, to conduct several open and in-depth discussions (cfr. Art. 3, §2, 2° Euthanasia Act) with the patient in order to understand the reasons why he or she has requested an end to life: what is it exactly that makes his or her life unbearable?

4. In view of the delicate, irreversible and radical nature of euthanasia, it is vitally important that euthanasia only be performed in cases where there is evidence of suffering 'which cannot be alleviated' (Art. 3, §1 Euthanasia Act), and a situation 'for which there is no other reasonable solution' (Art. 3, §2, 1° Euthanasia Act). Therefore, the carer and patient should first check whether 'normal' medical treatment might not be able to ease the physical, psycho-social and/or mental pain at the root of the patient's request for euthanasia. If a patient asks for euthanasia because he or she cannot tolerate the physical pain, it should only be considered once it has been established that even optimised pain therapy cannot help.

Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 6 september 2003

NEDERLANDSE ORIGINEEL

Een verzoek om levensbeëindiging, ook al is het nog vaag en nauwelijks uitgesproken, dient dan ook steeds de aanleiding te zijn tot een evaluatie en zo nodig bijsturing van de eigen zorgpraktijk. Wat kunnen we doen om onze zorg nog meer af te stemmen op de noden van de patiënt? Is het lijden van de patiënt inderdaad niet te lenigen? Of stoten we gewoon op de grenzen van het eigen kunnen en is daarom gespecialiseerd advies noodzakelijk?

5. Palliatieve zorg is, omdat ze de mens in zijn totaliteit benadert, per definitie interdisciplinair. Een arts die om euthanasie wordt verzocht kan zich in zijn/haar zorg voor deze patiënt en zijn/haar beslissing al dan niet in te gaan op het verzoek van de patiënt dan ook nooit als eenling gedragen. Een verantwoorde omgang met een euthanasieverzoek houdt steeds een interdisciplinaire benadering in. Er zijn enerzijds reeds de veelheid, diversiteit en complexiteit van motieven die aan een verzoek tot levensbeëindiging ten grondslag kunnen liggen en de eigen inzichten die de verschillende zorgverleners terzake kunnen bieden. Men denke bijvoorbeeld aan de verpleegkundigen die vaak letterlijk en figuurlijk dicht bij de patiënt staan en daardoor vaak heel goed weten wat er schort (boven, punt 3.).

En anderzijds is een gespecialiseerde inbreng vanuit diverse disciplines vaak noodzakelijk om het lijden van de patiënt te lenigen (boven, punt 4.).

De palliatieve equipe: ook bij een euthanasieverzoek de aangewezen partner

ENGELS VERTALING

A request to end one's life, even if it is still vague and barely expressed, must always initiate an evaluation, and any necessary adjustment of the care given. What can we do to tailor our care more closely to the needs of the patient? Is it really impossible to alleviate the patient's suffering? Or have we reached the limits of our own competence and is specialised advice required?

5. By definition, palliative care is interdisciplinary, because it affects the person as a whole. A physician who receives a request for euthanasia can never act alone when caring for the patient or deciding whether to honour the patient's request. Dealing responsibly with a request for euthanasia always requires an interdisciplinary approach. On the one hand, there are many diverse and complex reasons that can underlie a request to end one's life and the various perspectives that the different carers can provide on the matter. Think of the nurses, for example, who are close to the patient, both literally and figuratively speaking, and therefore have a very good understanding of what the problem is (see point 3 above).

And on the other hand, specialised input from various disciplines is often required in order to alleviate the patient's suffering (see point 4 above).

The palliative team: a suitable partner, also in the case of a euthanasia request

Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 6 september 2003

NEDERLANDSE ORIGINEEL

6. Wanneer een hulpverlener om euthanasie wordt verzocht is het, omwille van het aangegeven grote belang van gespecialiseerde deskundigheid en interdisciplinariteit, meer dan aangewezen de palliatieve equipe van de eigen instelling of de plaatselijke thuiszorgregio in het overleg te betrekken.

ENGELS VERTALING

6. Given the important role played by interdisciplinarity and specialist advice, it is strongly recommended for the carer to consult the palliative team from their own institution or local home care organisation whenever they receive a request for euthanasia.

Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 6 september 2003

NEDERLANDSE ORIGINEEL

Het omvattende, sterk uitgebouwde en daardoor unieke netwerk van palliatieve equipes dat ons land kent is immers precies opgericht om de niet zelden problematische levenskwaliteit van ongeneeslijk zieken te verbeteren, om hun lijden, van welke aard ook, in de mate van het mogelijke te lenigen. De expertise, interdisciplinariteit en emancipatorische aanpak eigen aan deze equipes staat garant voor de zorgvuldigheid en werkzaamheid van hun optreden. Wanneer een arts of zorgverlener om euthanasie verzocht wordt stellen deze equipes graag hun palliatieve expertise ter beschikking, niet om betweterig in zijn of haar plaats te treden, maar om te informeren over palliatieve mogelijkheden en om te ondersteunen. Op die manier kunnen tragische schijnkeuzes, die meer te maken hebben met het ontbreken van goede palliatieve zorg dan met een uitdrukkelijke wil het leven te beëindigen, worden vermeden en wordt een keuze voor euthanasie een echte, geïnformeerde keuze. De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen herhaalt dan ook haar voorstel om in de euthanasieprocedure een voorafgaandelijk palliatief overleg met de palliatieve ondersteuningsquipe van de eigen instelling of het plaatselijke palliatieve netwerk in te bouwen. Een dergelijk overleg is overigens belangrijk bij alle vormen van medisch begeleid sterven. De praktijk leert intussen in elk geval dat veel artsen, vanuit hun terechte bezorgdheid bij een euthanasieverzoek een verantwoorde beslissing te nemen, een belangrijke plaats toekennen aan het overleg met de palliatieve equipe –zoals ze dit ook doen waar het gaat om andere delicate medisch-ethische kwesties aan het levenseinde.

7. Hulpverleners kunnen met al hun vragen rondom het levenseinde terecht bij de palliatieve equipes. Van de palliatieve equipes kunnen zorgverleners en patiënten dan ook niet alleen verwachten dat deze, in de context van een euthanasieverzoek, informeren over eventuele palliatieve alternatieven en palliatieve ondersteuning verlenen waar nodig.

ENGELS VERTALING

The comprehensive, widely expanded and, therefore, unique network of palliative teams in Belgium has been precisely set up to improve the often problematic quality of life experienced by the terminally ill, and to alleviate their suffering as much as possible, whatever its cause may be. The expertise, interdisciplinarity and the emancipatory approach characteristic of these teams ensure that they act carefully and effectively. Whenever a physician or carer receives a request for euthanasia, these teams offer their palliative expertise willingly, not in order to appear pedantic and to take over, but to give information on the palliative options available and to provide support. In this way, the tragedies associated with pseudo-choices, which have more to do with a lack of good palliative care rather than with an express desire to end one's life, can be prevented, making the choice for euthanasia a real, informed decision. The Flemish Palliative Care Federation reiterates its proposal to include a prior palliative consultation with the palliative team from one's own institution or from the local palliative network in the euthanasia procedure. For that matter, this type of consultation is important for all forms of medically-assisted death. In any case, practice has already shown that many physicians, rightly concerned about making a responsible decision when confronted with a euthanasia request, consider consultation with the palliative team to be of vital importance; as is also the case with other delicate medical-ethical issues that arise when the patient reaches the end of his or her life.

7. Carers can address all their questions regarding the end of life to the palliative teams. Therefore, in the context of a euthanasia request, carers and patients can expect the palliative teams to do more than merely inform them about potential palliative alternatives and palliative support where necessary.

Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 6 september 2003

NEDERLANDSE ORIGINEEL

Zorgverleners en patiënten kunnen bij de netwerken en equipes ook terecht voor informatie en ondersteuning die rechtstreeks en specifiek verband houdt met euthanasie en de euthanasiewet. Equipe-artsen kunnen de rol opnemen van de 'andere' of 'tweede' arts in de euthanasieprocedure. Wat men van de georganiseerde palliatieve zorg evenwel niet kan en mag verwachten is dat zij in de plaats gaat treden van de behandelende arts en zij in voorkomend geval in zijn/haar plaats euthanasie gaat uitvoeren. Dit zou volledig in tegenspraak zijn met de nadruk die wij willen leggen op de continuïteit van de zorgverlening en de in de organisatie van de Vlaamse palliatieve zorg ingeschreven emancipatorische bekommernis: het basisprincipe dat de georganiseerde palliatieve zorg er is om te informeren en te ondersteunen en niet om in de plaats te treden van de reguliere zorg"

Vragen aan de overheid

8. In lijn met wat in deze tekst naar voren wordt geschoven vraagt de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen aan de overheid:

q dat bij de evaluatie van de euthanasiewet (in 2004), het voorstel van een voorafgaandelijke palliatieve consultatie, dat niet alleen gedragen wordt door de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, maar ook de steun geniet van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren en eerder reeds kon rekenen op een eenparig positief advies van de Kamercommissie Volksgezondheid, in de wet wordt opgenomen. Deze palliatieve consultatie, een noodzakelijke voorwaarde bij alle vormen van medisch begeleid sterven, dient zo vroeg mogelijk in de stervensbegeleiding te worden ingeschakeld.

ENGELS VERTALING

Carers and patients can also address themselves to the networks and teams for information and support directly related to euthanasia and the Euthanasia Act. Team doctors can take on the role of the 'other' or 'second' doctor in the euthanasia procedure. However, what can and may not be expected from organised palliative care is that it should adopt the role of the practicing doctor and, in the case in point, carry out the euthanasia in his or her stead. This would be completely in contradiction with the emphasis we wish to place on the continuity of the healthcare and emancipatory concern incorporated into the organisation of Flemish palliative care: the basic principle that organised palliative care exists to inform and to support and not to act in the place of normal health care.

Questions for the government

8. In line with the points put forward in this text, the Flemish Palliative Care Federation proposes to the government:

q that during the evaluation of the Euthanasia Act (in 2004), the proposal for a prior palliative consultation, not only supported by the Flemish Palliative Care Federation, but also by the National Council of the Belgian Order of Physicians and which was earlier endorsed unanimously by the Parliamentary Commission for Public Health, be included in the Act. This palliative consultation, a necessary requirement with all forms of medically-assisted death, should take place as early as possible during the euthanasia procedure.

Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 6 september 2003

NEDERLANDSE ORIGINEEL

q dat degelijke en financieel toereikende ondersteunende maatregelen voor de palliatieve equipes (vorming, intervisie, beschikbaarheid personeel, ...) worden uitgewerkt zodat deze equipes in staat worden gesteld op adequate wijze om te gaan met de grote nood aan informatie en ondersteuning, ook wat betreft de diverse delicate medisch-ethische beslissingen aan het levenseinde.

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 6 september 2003

ENGELS VERTALING

q that sound and financially sufficient supportive measures be devised for the palliative teams (training, colleague support groups, availability of staff, etc.) to enable them to deal adequately with the considerable need for information and support, also in relation to the various delicate medical-ethical decisions at the end of the patient's life.

Projectbrief aan de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen

23 juli 2004

Secretariaat, Nancy Denyn
Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen
St.-Hubertusstraat 58,
2600 Berchem,
België

Geachte mevrouw Denyn:

Hierbij stuur ik u een exemplaar van het Standpunt over medische beslissingen rond het levenseinde en euthanasie van 4 december 2003, met de Engelse vertaling die we hebben gebruikt om het te bekijken. Het document is zeer interessant omdat het Protection of Conscience Project-welzijnswerkers die niet willen deelnemen aan procedures waartegen zij gewetensbezwaren hebben, hiertoe de vrijheid biedt. De vertaling is hier en daar echter incompleet en benadert slechts de betekenis van het origineel. Derhalve schrijf ik u om ervoor te zorgen dat we het standpunt en de vraagstukken die het opwerpt, juist begrijpen.

Het doet ons deugd dat het standpunt erkent dat artsen die niet willen deelnemen aan euthanasie dit ook mogen weigeren. Ook zijn we het ermee eens dat artsen hun patiënten tijdig informeren over hun zienswijzen en dat hun hulp moet worden geboden bij de ontwikkeling van methoden om met een verzoek om euthanasie om te gaan op een manier die getuigt van respect voor de patiënt en in overeenstemming is met hun eigen principes. Het is erg belangrijk om gesprekken over levensbeëindiging bij te houden in het dossier van de patiënt, vooral in het geval van een conflict tussen de zienswijzen van de patiënt en die van de arts. Het is een interessant voorstel om hierbij een 'informatie- en communicatiecontract' te hanteren.

Over andere delen van het standpunt, die we hierna aan u voorleggen, zijn we wat minder gerust. Het is niet uitgesloten dat deze bedenkingen zijn gebaseerd op een misverstand vanwege een verkeerde vertaling van de tekst. In dat geval zou correctie en verheldering hoogst welkom zijn.

De eerste kwestie is de eis dat er van een arts die tegen euthanasie is, desondanks wordt verwacht mee te werken door de patiënt te helpen zoeken naar een arts die wel bereid is. In de ervaring van het Project zouden de meeste gewetensbezwaarden dit weigeren, aangezien een dergelijke medewerking zou leiden tot morele verantwoordelijkheid voor de daad.

De tweede kwestie is het voornemen om euthanasie op te nemen in de 'behandelingskeuzes' van de palliatieve zorg. Buiten België en Nederland betekent palliatieve zorg het verlichten van pijn en lijden, veroorzaakt door ziekte, opdat de patiënt aangenaam leeft tot het moment van overlijden. 'Palliatie' sluit euthanasie en hulp bij zelfdoding juist uit. Men hoort bijvoorbeeld wel eens uitspraken als: "We hoeven geen euthanasie, we willen betere palliatieve zorg." De

2005-12-20

benadering die het standpunt voorstelt lijkt hiervan af te wijken, hetgeen van grote invloed zou zijn op alle betrokkenen in het veld.

De derde kwestie is de aanbeveling dat euthanasie niet dient te worden behandeld als een medische specialiteit waarvoor specialistische ‘teams’ en faciliteiten vereist zijn maar onderdeel dient te worden van de reguliere gezondheidszorg. Dit zou namelijk kunnen leiden tot de betrokkenheid van iedereen die werkzaam is in de gezondheidszorg waardoor veel meer gewetensconflicten zouden kunnen ontstaan. Dit probleem zou nog worden verergerd door de verwachting dat gewetensbezwaarden aan een verzoek om euthanasie moeten meewerken.

Ten slotte zal de verwachting dat artsen ervoor moeten zorgen dat de patiënt zich bewust is van en kan kiezen voor euthanasie naar alle waarschijnlijkheid tot problemen leiden. Gaarne zien wij verhelderd of de ondertekenaars van het standpunt wel of niet verwachten of eisen dat artsen die deze informatie overbrengen dat doen op een manier die euthanasie portretteert als een moreel neutrale of moreel aanvaardbare keuze.

Met vriendelijke groeten,

(Sean Murphy)
Administrator

Brief van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen

Geachte heer,

Wij zijn verheugd dat ons Standpunt over medische beslissingen rond het levenseinde en euthanasie uw bijzondere aandacht krijgt. Wij houden er dan ook aan te antwoorden op uw opmerkingen..

Wat uw eerste opmerking betreft: wanneer een arts gewetensbezwaren heeft tegen euthanasie rest de patiënt met een persisterende euthanasievraag geen andere keuze dan op zoek te gaan naar een andere behandelende arts. Deze zoektocht is voor minder geïnformeerde patiënten geen sinecure. Recent is met steun van de Belgische overheid een telefonische hulplijn opgericht waar iedereen met vragen over het levenseinde gratis terecht kan. Het vermelden van het bestaan van deze hulplijn door de arts met gewetensbezwaar lijkt ons minimaal aangewezen om te vermijden dat de patiënt in de steek gelaten wordt.

Wat uw tweede opmerking betreft: hiervoor verwijzen we naar de tekst Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven door de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen in september 2003:

Palliatieve zorg en euthanasie zijn alternatieven noch tegenpolen. Wanneer een arts bereid is het euthanasieverzoek in te willigen van een patiënt die ondanks de beste zorgen ondraaglijk blijft lijden, dan ontstaat geen breuk tussen de eerder door de arts gegeven palliatieve zorg en de nu door hem toegepaste euthanasie, integendeel. Euthanasie maakt in voorkomend geval deel uit van de palliatieve zorg waarmee de arts en het verzorgend team de patiënt en zijn/haar naasten omringt

Wat verder in de tekst lezen we:

. . . Hulpverleners kunnen met al hun vragen rondom het levenseinde terecht bij de palliatieve equipes. Van de palliatieve equipes kunnen zorgverleners en patiënten dan ook niet alleen verwachten dat deze, in de context van een euthanasieverzoek, informeren over eventuele palliatieve alternatieven en palliatieve ondersteuning verlenen waar nodig. Zorgverleners en patiënten kunnen bij de netwerken en equipes ook terecht voor informatie en ondersteuning die rechtstreeks en specifiek verband houdt met euthanasie en de euthanasiewet. Equipe-artsen kunnen de rol opnemen van de 'andere' of 'tweede' arts in de euthanasieprocedure. Wat men van de georganiseerde palliatieve zorg evenwel niet kan en mag verwachten is dat zij in de plaats gaat treden van de behandelende arts en zij in voorkomend geval in zijn/haar plaats euthanasie gaat uitvoeren. Dit zou volledig in tegenspraak zijn met de nadruk die wij willen leggen op de continuïteit van de zorgverlening en de in de organisatie van de Vlaamse palliatieve zorg ingeschreven emancipatorische bekommernis: het basisprincipe dat de georganiseerde palliatieve zorg er is om te informeren en te ondersteunen en niet om in de plaats te treden van de reguliere zorg

De definitie van palliatieve zorg die wij hanteren is dus ruimer dan de dichotome visie (palliatie versus euthanasie) zoals door u geformuleerd. Wij menen dat in onze zienswijze de beleving van de patient meer tot zijn recht kan komen. Wij zijn er ons wel degelijk van bewust, meer nog, wij

durven hopen dat deze visie een grote invloed heeft op alle betrokkenen in het veld.

Wat de derde opmerking betreft: wanneer wij postuleren dat euthanasieteams of euthanasielcentra niet gewenst zijn is het geenszins onze bedoeling euthanasie onderdeel te maken van de reguliere gezondheidszorg. Noch minder willen wij gewetensbezwaarden verplichten om mee te werken aan euthanasie. Juist integendeel pleiten wij er voor dat loco-regionaal afspraken worden gemaakt om oplossingen te zoeken voor die situaties waar er een conflict ontstaat tussen het geweten van een arts en de vraag van een patiënt naar euthanasie. In overweging nemend dat de modaliteiten van deze euthanasievraag vastgelegd zijn in een democratisch gestemde wet.

Wat de vierde opmerking betreft: de wet op de patientenrechten verplicht de arts in ons land de patiënt volledig in te lichten over alle mogelijke therapeutische opties. Het staat de arts hierbij vrij om zijn persoonlijke morele bezwaren aan de patiënt kenbaar te maken. Morele neutraliteit bestaat dus niet bij een euthanasievraag. Maar dit geeft de arts allerminst het recht om uitspraken te doen over het al of niet moreel aanvaardbaar zijn van de keuze van de patient.

Project Letter to the Belgian Association of General Practitioners 6 October, 2004

Secretariaat, Nancy Denyn
Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen
St.-Hubertusstraat 58,
2600 Berchem,
België

Geachte mevrouw Denyn,

Hartelijk dank voor uw antwoord op onze brief van 23 juli aangaande uw Standpunt over medische beslissingen rond het levenseinde en euthanasie.

Het doet me deugd dat u gewetensbezwaarden niet zult verplichten om mee te werken aan euthanasie. Deze gedeelde visie belooft een productieve discussie over verwante aangelegenheden.

De tekst in de verklaring van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen maakt uw begrip van de verhouding tussen euthanasie en palliatieve zorg duidelijk, maar er blijven een aantal punten wat onduidelijk.

Aan de ene kant beschrijft de verklaring euthanasie als een legitiem onderdeel van het continuüm van de palliatieve zorg in zoverre dat een lid van een palliatief team kan handelen als een tweede arts in het uitvoeren van een euthanasieverzoek. Aan de andere kant staat de verklaring erop dat er niet van een teamlid in de palliatieve zorg kan worden verwacht dat hij of zij euthanasie zal uitvoeren. De uiteenzetting voor deze scheiding in verantwoordelijkheden is onduidelijk. Als euthanasie een natuurlijk en moreel legitieme uitbreiding is van de palliatieve zorg, hoe kunt u er dan op staan dat artsen in de palliatieve zorg niet direct daaraan moeten meewerken?

Het Standpunt lijkt daarnaast ook nadruk te leggen op het belang van multidisciplinair teamwerk en de betrokkenheid van huisartsen terwijl u verklaart geen intentie te hebben om euthanasie deel te laten worden van de reguliere gezondheidszorg. Hoe kan dit onderscheid worden gehandhaafd als euthanasie moet worden uitgevoerd door medisch personeel als deel van een continuüm van zorg maar niet door specialisten of euthanasieteams of -klinieken?

De officiële verklaring lijkt verder te gaan dan uw brief wat betreft verwachtingen

van artsen met gewetensbezwaren. Het Standpunt verklaart dat een arts met gewetensbezwaren een patiënt dient te verwijzen naar een arts die geen bezwaren heeft tegen euthanasie, terwijl uw brief suggereert dat het afdoende zou zijn om een patiënt te informeren over het bestaan van de hulplijn. Ik zou graag vast willen stellen welke van deze verklaringen het standpunt vertegenwoordigt van de ondergetekenden van het Standpunt.

Het Standpunt bevat verwijzingen in het Engels naar "informed consent" en "shared decision

making." ["Communicatie en overleg vormen de kern van het 'informed consent', de 'shared decision making' . . ."] Het Project heeft gemerkt dat deze begrippen nu worden gebruikt om voorbij te gaan aan de gewetenbezwaren van een arts om de autonomie van de patiënt te dienen. Kunt u laten weten welke Engelse brontekst is gebruikt voor dit gedeelte van het document?

Als laatste zou ik het zeer op prijs stellen als u een kopie zou kunnen verschaffen van dat deel van de Wet op de patiëntenrechten dat verwijst naar de verplichtingen van een arts om een patiënt te voorzien van informatie over "alle mogelijke therapeutische opties". U geeft aan dat deze verplichting wordt vergezeld door het recht om uitspraken te doen over eventuele morele bezwaren tegen een procedure en ik zou graag willen weten hoe dit in de wet wordt geformuleerd. Dit document zou een oplossing kunnen bieden voor de problemen inzake het aanbieden van informatie aan patiënten.

Met vriendelijke groeten,

(Sean Murphy)
Administrator

**Projectbrief aan de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse
Huisartsen
25 April, 2005
E-mailed Again on 6 October, 2004**

Secretariaat, Nancy Denyn
Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen
St.-Hubertusstraat 58,
2600 Berchem,
België

Geachte mevrouw,

Ik heb onlangs de projectcorrespondentie herzien en het is mij opgevallen dat ik nog geen antwoord heb ontvangen op onze brief van 6 oktober 2004 (bijgevoegd).

Ik hoop spoedig een antwoord te mogen ontvangen.

Met vriendelijke groeten,

(Sean Murphy)
Administrator