België - Belgique
P.B.
ANTWERPEN X
8/2854

INFO-PHA

Tijdschrift van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw
UA Gebouw E | Domein Fort VI | Edegemsesteenweg 100 2610 Wilrijk
Verschijnt driemaandelijks | Afgiftekantoor Antwerpen X
Erkenningsnummer P708336

PHA verhuist!

nieuw adres vanaf 31 maart 2008

PALLIATIEVE HULPVERLENING ANTWERPEN VZW
UNIVERSITEIT ANTWERPEN | GEBOUW E
DOMEIN FORT VI
EDEGEMSESTEENWEG 100
2610 WILRIJK

Tel., fax en e-mail wijzigen niet

Jaargang 14 | Nummer 1 | maart - april - mei 2008

Colofon

Redactieraad
Dr. Noël Derycke, hoofdredacteur
Tine De Vlieger
Dr. Jos Van Bragt

Redactiesecretariaat
Info PHA - Redactie
UA Gebouw E
Domein Fort VI
Edegemsesteenweg 100
2610 Wilrijk
Tel. 03 820 25 31
www.pha.be

Werkten mee aan dit nummer
Ir. Drs. Neelke Doorn (filosoof en civiel ingenieur, Centrum voor Ethiek, Radboud Universiteit Nijmegen. Faculteit Techniek, Bestuur & Management, Technische Universiteit Delft, afdeling Engineering & Reflection, sectie Filosofie); Dr. Noël Derycke (stafmedewerker en equipearts PHA); Lieve Van Goethem (vrijwilligerscoördinator PHA); Werner Maeckelberghe (bestuurslid PHA); PHA-vrijwilligers Mie, Hilde, Gérard en Fernand

Vormgeving
Jeroen Porters

Verantwoordelijk uitgever
dr. Jos Van Bragt
Zandhovensteenweg 11
2520 Oelegem

Info PHA verschijnt viermaal per jaar.

De redactie behoudt zich het recht om ingezonden teksten aan te passen en eventueel in te korten. Iedere auteur blijft verantwoordelijk voor het artikel dat hij of zij ondertekent. Geheel of gedeeltelijke reproductie is toegelaten mits vermelding van de bron.

Woordspelletjes?

Citaat: ‘Grosso modo tachtig procent van de patiënten die door de georganiseerde palliatieve zorg worden opgevangen, lijden aan kanker’... ‘Patiënten’ zijn volgens de oude, van het Latijn afgeleide terminologie en volgens het medische discours van de pre-pallatieve era, ‘lijdenden’, die - tot hiertoe, maar lees even verder - door hun aandoening binnen de curatieve, de ‘genezende’ geneeskunde horen. Als zulke mensen ‘palliatief’, casu quo terminaal worden, krijgen zij de term ‘palliatieve patiënt’ als kwalificatie mee. Het lijkt waarschijnlijk wat futiel, maar de term ‘patiënt’ houdt hun volgens mij toch impliciet binnen de curatieve sfeer. Op de scheiding tussen evidente therapeutische zorg en eventuele minder evidente therapeutische verbetenheid - maar lees a.u.b. toch maar weer even verder - verandert hun status duidelijk en ingrijpend. Voor deze status hebben wij voorlopig geen naam, geen term die deze nieuwe toestand duidelijk maakt en de oude situatie duidelijk terugwijst. Een patiënt uit de terminologie van de klassieke geneeskunde blijft evident

en a fortiori, een 'lijdende' als hij het palliatief stadium intreedt.

Maar de connotatie die deze transitie in zijn zorgtraject oproept, wordt niet meer adequaat gedekt door het wat archaïsche 'patiënt'. Een taal is inventief en kneedbaar, denk maar aan sms-jargon, en waarschijnlijk komt zulke term eerstdaags spontaan opduiken in onze drukke palliatieve literatuur.

Ook - en hier zijn we bij 'verder' aangekomen - de term 'palliatieve zorg' moet sedert enige tijd onder de kritische loep. Palliatie werd volgens de enen gekwalificeerd als: 'comfortzorg bij een zogenaamde uitbehandelde aandoening waarbij geen in opzet curatieve behandelingen meer worden ingezet'. Volgens anderen kan palliatieve zorg perfect gecombineerd worden met zulke curatieve opzet. Omdat palliatieve comfortzorg even goed op haar plaats is voor het lijden van zulke niet uitbehandelde aandoeningen die nog een uitzicht hebben op eventuele genezing, minstens op stabilisering, en in principe niet terminaal zijn.
Hiervoor wordt de term 'supportieve zorg' gesuggereerd.

Het is niet onmiddellijk evident dat we van terminologie zouden veranderen. 'Palliatieve zorg' is in ons maatschappelijk taalgebruik min of meer mondgemeen geworden. De sensibilisatie voor palliatie is echter nog volop bezig, de kennis over het fenomeen 'palliatie' nog relatief onvoldoende en een nieuwe term kan ons het leven weer voor enige tijd lastig maken. Anderzijds is 'palliatie' een zwaar beladen woord. De vrouw of de man die deze term op hem of haar krijgt toegepast, kan dit allicht als een doodvonnis interpreteren.

Een maatschappelijk fenomeen evolueert volgens zijn eigen wetmatigheid, ook terminologie. 'Patiënt' was een wat subtiele en waarschijnlijk onnodige bespiegeling. Voor 'supportieve zorg' ligt dit duidelijk anders: wij hebben overduidelijk nood aan goed afgegrensde begrippen en aan een glashelder begrippenkader.

Dr. Jos Van Bragt
voorzitter

Palliatieve zorg?

Dr. Noël DERYCKE

In een notendop is palliatieve zorg het begeleiden van het lijden van mensen bij een naderende dood door te proberen te begrijpen wat dat voor deze persoon betekent. Palliatieve zorg is de opdeling van de problemen die zich stellen in hanteerbare deeltjes en hiervoor oplossingen aanreiken. Dat kan alleen slagen door het hanteren van een holistische benadering van de zieke, het inschakelen van verschillende disciplines en het in team samenwerken met de patiënt en zijn naaste.

Alhoewel het behandelen van pijn en symptomen een basistaak is van de palliatieve zorg is dit maar het begin. Goede pijn- en symptoomcontrole creëert mogelijkheden voor de patiënt, schept de ruimte om de nodige beslissingen te kunnen nemen en zo hun laatste levensfase zo zinvol mogelijk in te vullen. Pijn- en symptoomcontrole in hun enge biomedische benadering krijgen nog dikwijls te veel aandacht. Bij deze enge benadering hebben de patiënt en zijn naaste nog geen antwoord op de vraag naar de betekenis van deze pijn en deze symptomen, samengevat onder begrip 'het lijden'.
Om dit begrijpen van het lijden te vergemakkelijken is het aangewezen de drie aspecten (niveaus) van het lijden te analyseren.

1. Het fysieke aspect of focus op **handelen**:
   Het fysieke welbevinden, het vermogen en de kracht om iets te bereiken verschaft mensen een gevoel van veiligheid. Ziekte confronteert de mens met beperktheden. Zelfs een banale griep kan een geplande uitstap doen annuleren: we kunnen iets niet doen en dat werkt op ons gemoed. Het lichamelijk aftakelen bij toenemende leeftijd confronteert iedere mens met de beperking van zijn fysieke mogelijkheden. Naast een behandelingsplan is het belangrijk dat de arts stilstaat bij de betekenis van iedere fysieke klacht en probeert te achterhalen wat deze beperking betekent voor de patiënt. Vele palliatieve patiënten vermelden een gevoel van hulpeloosheid. Meestal duidt dit erop dat ze vrezen de controle over hun eigen lichaam en leven te verliezen. Hun vorige levensepisode was immers gekenmerkt door het slagen in of het bereiken van en dit als resultaat van actief bezig zijn of handelen (geld, status, aantrekkelijke fysiek, reizen, …). Palliatieve patiënten voelen zich beroofd van hun onafhankelijkheid, status en privacy. Deze verworven veiligheden dreigen weg te vallen. Confrontatie met de dood houdt in dat doen steeds minder kan en dat het alleen nog gaat om het zijn. Het is voor de tot dan toe actieve persoon een moeilijke opdracht om ook aan het niet(s) kunnen doen een plaats en zin te geven.

2. Psychologische, sociale en emotionele aspecten of focus op **voelen**:
   Hierbij gaan we op zoek naar de onderliggende betekenis van het gedrag, de gedachten en de emoties van de patiënt en zijn naaste. En

alhoewel er een zekere overlapping is met mogelijke psychische aandoeningen (met de medische diagnosen zoals depressie, angststoornis, …) is de focus hier niet de afwijking van het normale voelen maar wel het voelen zelf. Het gaat om voelen wanneer de patiënt of zijn naaste vragen stelt als:

Hoe verder leven met emoties veroorzaakt door de praktische en de financiële zorgen en de stress die deze veroorzaken?
De palliatieve patiënt kent zijn ups en downs: belangrijk is proberen te begrijpen waarom de patiënt zich op dat ogenblik zo voelt.
Bij het levenseinde komt het levensverhaal van de patiënt op de voorgrond: hoe was zijn relatie met zijn familie, zijn omgeving, zijn werk, … ? Het opstellen van een genogram kan hierbij bijzonder behulpzaam zijn: het helpt het detecteren van 'verborgen' relaties tussen de patiënt, zijn familie, zijn vrienden en derden (bv. collega's).
Het actief opsporen van de psychologische, sociale en emotionele noden van de palliatieve patiënt vergt een bijzondere benadering door de hulpverleners. Ze vergt niet alleen de nodige expertise; het kan ook voor deze hulpverleners emotioneel zwaar zijn.

3. Spirituele en/of existentiële vragen of focus op **zijn**:
Niet alleen vragen over de zin van zijn/haar leven en van de dood maar ook het kader waarin geleefd en gestorven wordt, kan in vraag gesteld worden. Wat waren de waarden en motieven die het leven de moeite waard maakten? Gelukkig (of jammer?) stellen mensen niet dagelijks vragen over zin en onzin van hun leven: er is immers zoveel te doen (handelen en voelen). Voor velen is het naderende einde de eerste (enige?) keer dat ze met vragen over het 'zijn' geconfronteerd worden. Door tijdens het actieve leven niet stil te staan bij de zijnsvragen is het ook moeilijk om bij het naderende einde hierover te praten: de vragen naar de zin worden dan meestal niet expliciet gesteld. Het is de taak van iedere palliatieve zorgverlener uitermate alert te zijn voor de verborgen vragen bij de palliatieve patiënten.

Wilsbekwaamheid als levensontwerp: een antropologische benadering

Ir. Drs. Neelke DOORN

De laatste decennia zijn de mogelijkheden om mensen met ziekten en handicaps te behandelen en te verzorgen sterk toe-genomen. Naast de positieve gevolgen roept dit ook tal van, met name, ethische vragen op. Mensen die vroeger ten gevolge van hun ziekte zouden zijn overleden, blijven nu in leven, zij het vaak afhankelijk van gezondheidszorgvoorzieningen en niet meer in staat om voor zichzelf te beslissen. In dat geval spreekt men van wilsonbekwaamheid. Het feit dat er met de term wilsonbekwaam heel verschillende groepen kunnen worden aangeduid leidt er mede toe dat er veel verwarring bestaat over het begrip en met name de toetsing van iemands wilsbekwaamheid. In het medische spraakgebruik verwijst het begrip wilsbekwaamheid naar psychische of psychologische functies, vaak met een sterke nadruk op de cognitieve vaardigheden. De vraag is of deze benadering toereikend is: dienen emoties niet ook in de beschouwing te worden meegenomen?

In plaats van direct antwoord te geven op bovengenoemde vraag, wil dit artikel een filosofische bezinning geven op het begrip wilsbekwaamheid. Hierbij zal het vraagstuk belicht worden vanuit een antropologische invalshoek. Het voorliggende artikel richt zich met name op de groep patiënten waar de vraag van (verminderde) wilsbekwaamheid het meest urgent is: psychiatrische patiënten, demente mensen en mensen met een verstandelijke handicap. Bij comateuze patiënten en ernstig zieke of gehandicapte pasgeborenen dringt de vraag of er sprake is van een (verminderde) wilsbekwaamheid zich minder op omdat hier vrijwel altijd sprake is van volledige wilsonbekwaamheid.

Criteria voor toetsing van wilsbekwaamheid

In Nederland is er op dit moment geen algemeen aanvaarde test of richtlijn voor het vaststellen van wilsbekwaamheid. Wel heeft de artsenorganisatie KNMG (1997) een stappenplan ontwikkeld voor de beoordeling van wilsbekwaamheid in het kader van de WGBO. In de Angelsaksische medisch-ethische literatuur wordt wilsbekwaamheid dikwijls omschreven als besluitvormingsvermogen (Beauchamp en Childress, 2001). Een persoon is wilsbekwaam als hij een besluit kan nemen. Maar hiermee zijn we er nog niet, want wat is vervolgens doorslaggevend voor de beoordeling hiervan: is dit de besluitvorming (het proces) of gaat het om de inhoud van het besluit? Over het algemeen erkent men een willekeurig gemaakte keuze niet als teken van een goed ontwikkeld besluitvormingsvermogen en legt men de nadruk op het proces van besluitvorming. Appelbaum en Grisso (1988) onderscheiden zeven criteria die geclusterd kunnen worden tot de volgende vier vermogens: (1) het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken, (2) het vermogen om informatie te begrijpen, (3) het vermogen om de situatie te waarderen

en (4) het vermogen om gegevens rationeel te hanteren. In de Angelsaksische literatuur worden bovenstaande criteria doorgaans sterk cognitief ingevuld.

Berghmans en Widdershoven (2003) pleiten voor een hermeneutische invulling van de criteria in termen van een (doorleefde) normatieve evaluatie en praktische rationaliteit. Zij stellen dat bij het waarderingscriterium de nadruk dient te liggen op de wijze waarop de betrokkene in zijn handelen eenheid brengt in zijn waardepatroon. Bij het redeneervermogen dient het vooral te gaan om praktisch inzicht gebaseerd op ervaring en engagement, aldus de auteurs, en niet zozeer om een rationeel besluitvormingsvermogen zoals we dat kennen in de rationele keuze theorie. Ik deel de mening van de auteurs dat wilsbekwaamheid niet los kan worden gezien van de normatieve dimensie van het bestaan. Ik wil echter een stap verder gaan en de stelling verdedigen dat de opvatting van wilsbekwaamheid als besluitvormingsvermogen is gebaseerd op een (te) beperkt begrip van autonomie. Om deze stelling te onderbouwen zal ik eerst de hedendaagse opvattingen in de gezondheidsethiek bespreken, gevolgd door een kritische beschouwing hiervan. Vervolgens zal ik deze kritiek koppelen aan de gangbare benadering van wilsbekwaamheid. Aan de hand van een theoretisch-filosofische beschouwing van de menselijke identiteit zal ik komen tot een alternatieve opvatting van wilsbekwaamheid. Dit artikel eindigt met de bespreking van een casus aan de hand waarvan deze alternatieve opvatting geïllustreerd wordt.

Hedendaagse opvattingen in de gezondheidsethiek

In deze tijd domineren de noties van autonomie en zelfbeschikking de besluitvormingsprocessen in de gezondheidszorg. Dit is te zien als een reactie op het Hippocratische perspectief waarin de houding van de arts jegens zijn patiënt nog relatief eenduidig was. Sinds de jaren zestig is dit paternalistische model verdrongen door een vorm van ethiek die de nadruk legt op de autonomie van de patiënt.

Het woord autonomie is afgeleid van het Griekse autos (zelf) en nomos (wet), en het betekent dus letterlijk zo iets als ‘zelf de wetten voorschrijvend’. Hoewel het woord in oorsprong werd toegepast in de context van politieke filosofie en de onderlinge omgang van stadstaten, refereert het hedendaagse gebruik van het woord autonomie vooral aan de zelfbeschikking van individuen. Er zijn twee noodzakelijke voorwaarden om van autonomie te kunnen spreken: vrijheid en agency. Laatstgenoemde wordt meestal omschreven als de mogelijkheid tot intentioneel handelen. Beide begrippen zijn niet zonder problemen. Zo is agency een filosofisch beladen begrip. Recent neurowetenschappelijk onderzoek heeft sommige filosofen zover gedreven het bestaan van intentioneel handelen te ontkennen. Agency is volgens hen een illusie. De mens is slechts slaaf van zijn neurobiologische structuur en te geloven dat de mens in staat is tot intentioneel handelen is volgens hen niet terecht. Het tweede begrip is vrijheid. Filosofen maken onderscheid tussen twee vormen van vrijheid (Berlin, 1969). De eerste, negatieve vrijheid, is ‘vrijheid van’. De nadruk ligt op de eis dat de staat zich niet bemoeit met de vrije keuzes van het individu. Een persoon is vrij als hij of zij zonder inmenging van belemmerende of beperkende invloeden van buitenaf beslissingen kan nemen. Autonomie wordt hier opgevat als zelfbeschikking. Tegenover negatieve vrijheid staat het begrip positieve vrijheid. Hier is er sprake van ‘vrijheid tot’. Bij de notie van positieve vrijheid gaat het erom dat een individu in staat is om het eigen leven vorm

te geven naar eigen inzichten, een levensplan te ontwikkelen in overeenstemming met de eigen normen en waarden en het karakter. In plaats van zelfbeschikking spreekt men bij positieve vrijheid veeleer van zelfontplooiing. Een persoon is vrij als hij of zij de mogelijkheid heeft zijn of haar leven gestalte te geven.

De hedendaagse discussies over autonomie draaien bijna altijd om het op negatieve vrijheid gebaseerde liberale autonomiebegrip. Dit geldt ook voor de meeste medisch-ethische discussies. Het principe van respect voor autonomie betekent aldus dat een patiënt zelf moet kunnen beslissen of hij een behandeling wil ondergaan of niet. Het moge duidelijk zijn dat paternalistisch gedrag strijdig is met deze vorm van vrijheid. Dit probleem doet zich in mindere mate voor wanneer we ons begrip van autonomie baseren op positieve vrijheid (Widdershoven en Berghmans, 2000). Ingrijpen tegen de wens van de patiënt en autonomie zijn hier niet per definitie strijdig met elkaar. Het ingrijpen kan immers de mogelijkheid tot zelfontplooiing, en dus autonomie, vergroten. In dit geval wordt ervan uitgegaan dat patiënten zich kunnen ontwikkelen en hierbij de steun van hulpverleners kunnen gebruiken. Essentieel hierbij is de relatie tussen de arts en de patiënt.

Kritische kanttekeningen bij de hedendaagse gezondheidsethiek

De roep om herbezinning op het hierboven geschetste autonomiedenken komt zowel vanuit de cultuurfilosofische, als uit de medisch-ethische hoek. Uit oogpunt van ruimte kan ik deze kritiek niet uitgebreid bespreken en zal ik mij hier beperken tot de medisch-ethische kritiek. Voor het huidige onderwerp is met name de kritiek op het achterliggende mensbeeld relevant. De nadruk op autonomie veronderstelt een bepaalde mensvisie, waarin de mens gezien wordt als ‘een onafhankelijk en vrij beslissend individu, wiens vrijheid van besluiten en handelen alleen maar wordt beperkt door diezelfde vrijheid van andere losse individuen met wie hij in aanraking komt’ (Jochemsen en Glas, 1997, 192). Bij deze mensvisie wordt geen recht gedaan aan een aantal wezenlijke kenmerken van de mens.

Een ander probleem dat zich voordoet bij het autonomiedenken is dat het vooral gericht is op afzonderlijke (medische) beslissingen. In werkelijkheid is er echter sprake van een zorgproces, waarin voortdurend grote en kleine beslissingen moeten worden genomen die gericht zijn op het behoud of herstel van de menswaardigheid. Niet zozeer de afzonderlijke beslissingen, maar eerder de dagelijkse betrokkenheid van het team van hulpverleners vormt hiervan het fundament. Bovendien is het zo dat bij de beslissingen die genomen moeten worden, dikwijls sprake is van een groeiproces naar een bepaalde beslissing toe. Dit groeiproces is gebaseerd op onderlinge afhankelijkheid van alle betrokkenen en niet op de individuele zelfbeschikking van een patiënt (Widdershoven, 2000).

In lijn hiermee bekritiseert Reinders de gangbare gezondheidsethiek, toegepast bij mensen met een verstandelijke handicap. De interesse van de gezondheidsethiek bestaat vooral ‘in de versterking van de positie van de patiënt ten opzichte van de professional en deze interesse leidt tot een excessieve nadruk op procedurele oplossingen, getuige de grote aandacht voor alles wat met autonomie en ‘informed consent’ te maken heeft’ (Reinders, 2001, 8-9). Het gevaar van wat Reinders de hedendaagse gezondheidsethiek noemt is dat ze met haar nadruk op procedures voorbij gaat aan het wezenlijke van het menselijk leven. Belangrijker dan de beoordeling van losse beslissingen, is

de afstemming van de professional op de realiteit van de patiënt.

Wilsbekwaamheid nader beschouwd

Hierboven heb ik kort de hedendaagse opvattingen over wilsbekwaamheid besproken. Zoals ik reeds opmerkte klinkt in deze opvattingen sterk het (negatieve) autonomiedenken door. Het achterliggende mensbeeld is dat van het autonome individu, maar zonder een heldere visie op de menselijke identiteit blijft dit autonome individu een leeg wezen. De toetsing van wilsbekwaamheid wordt dan ook problematisch. Immers, indien niet bekend is tegenover wie de toetsing van wilsbekwaamheid geschiedt, lijkt elk individu hiermee wilsbekwaam te zijn. Er wordt weliswaar een beroep gedaan op het rationele oordeelsvermogen van de patiënt, maar zonder achterliggende mensvisie is de keuze hiervoor mijns inziens arbitrair. Mijn opvatting is dat het oordelen over de wilsbekwaamheid van een individu louter in termen van informatieverwerking en de mogelijkheid tot het nemen van beslissingen geen recht doet aan de realiteit van de patiënt.

Wanneer we autonomie echter baseren op het positieve vrijheidsbegrip is het niet zozeer van belang of de patiënt een rationele keuze kan maken, maar veeleer of de patiënt in staat is zijn leven vorm te geven volgens, voor hem of haar, belangrijke waarden. Niet zozeer rationele overwegingen, als wel morele, sociale en levensbeschouwelijke waarden spelen dan een rol. De psychiater-filosoof Glas spreekt in deze van een antropologische benadering, die hij stelt tegenover een strikt vakwetenschappelijke benadering. Glas heeft onderzoek gedaan naar angst en hij stelt dat de antropologische benadering iets laat zien dat voor het menszijn fundamenteel is. Hij stelt dat angst, indien deze wordt gezien als mentale functiestoornis, het persoon-zijn onverlet laat. De persoon wordt door de stoornis in beginsel niet geraakt. Glas stelt echter dat stoornis en persoon met elkaar samenhangen. Kenmerkend voor de antropologische benadering is dat ze, in tegenstelling tot een strikt vakwetenschappelijke benadering, de functiestoornis niet wil losmaken van de veranderde verhouding van de betrokkene tot zichzelf.

Voor de conceptualisatie van wilsbekwaamheid geldt iets soortgelijks. Wanneer we autonomie baseren op positieve vrijheid, krijgt wilsbekwaamheid veel meer de vorm van levensontwerp. Het draait dan niet zozeer om besluitvormingsvermogen, als wel om de vraag of een patiënt in staat is zijn leven vorm te geven. Zaken als ziekte-inzicht en de existentiële dimensie van het ziek-zijn krijgen hier veel meer ruimte dan in een vakwetenschappelijke benadering.

Filosofische opvattingen over de menselijke identiteit

In de voorgaande paragraaf heb ik verwezen naar de identiteit van de mens. Het is riskant om hier al te stellige uitspraken over te doen. Het postmoderne denken bekritiseert een dergelijke ontologische opvatting, waarbij het individu opgevat wordt in termen van één wezenskenmerk. Het toeschrijven van één van deze aspecten aan de mens als zijnde het wezenlijke, doet tekort aan de andere aspecten (Kunneman, 1996). Zonder te willen suggereren dat ik hiermee de menselijke identiteit volledig heb beschreven of dat dit de enige wezenskenmerken zijn, wil ik een tweetal aspecten of kenmerken van de mens eruit lichten. Ik zal dat doen aan de hand van een tweetal filosofen: Alasdair MacIntyre en Sören Kierkegaard.

MacIntyre is een van de belangrijkste representanten van het communitarisme. Voor communitaristen - of gemeenschapsdenkers - start de analyse van ethische vragen niet bij het autonome individu, maar bij de zingevende kaders en verhalen en de daarin gearticuleerde waarden met behulp waarvan mensen zich in hun leven oriënteren en hun handelen op elkaar afstemmen. MacIntyre meent dat de hedendaagse ethiek in een crisis verkeert door het loslaten van het teleologische mensbeeld, volgens welke de mens gekenmerkt wordt door een bepaalde doelgerichtheid. Dit mensbeeld gaat terug op de ethiek van Aristoteles. Met het wegvallen van de teleologische mensopvatting blijft er een leeg begrip over van het zelf. Dit zelf is relatieloos en contextloos en heeft geen gedeelde waarden meer. De oplossing die MacIntyre ziet, is het herstel van het idee dat de mens een telos heeft en dat dit telos van de mens intern verbonden is met een praxis. Met andere woorden, de menselijke identiteit is sociaal gevestigd. De deugden zijn noodzakelijke kwaliteiten die bijdragen aan het goede voor de praxis maar ook voor het leven als geheel. In plaats van zich te richten op (de toelaatbaarheid van) incidentele handelingen of keuzes, moet de ethiek zich richten op de gehele morele attitude van een persoon. Handelingen moeten daartoe meer in hun samenhang worden gezien.

Als moderne variant op de communitaristische ethiek dient de - deels door de feministische filosofie geïnspireerde - zorgethiek ook vermeld te worden. In de zorgethiek wordt het begrip zorg als een fundamenteel ethisch concept beschouwd (zie bijvoorbeeld Tronto, 1993). Hoewel er verschillen zijn aan te wijzen, deelt deze ethiek met de communitaristische ethiek van MacIntyre de kritiek op het liberale autonomiedenken en net als communitaristen stellen zorgethici het goede leven centraal. De zorgethiek kan dan ook niet anders dan praktisch en situationeel gericht zijn. In het achterliggende mensbeeld wordt de mens gekenmerkt door het gesitueerd-zijn-in-relaties, vertrouwen, mededogen, sympathie. Moreel-zijn wordt dan met name opgevat als een positieve betrokkenheid op en zorg voor zichzelf en de ander. Iemand die denkt in termen van het zorgperspectief ziet zichzelf als verantwoordelijk voor het voortbestaan van relaties, van verbindingen tussen mensen, en zal trachten de ander binnen de cirkel van vertrouwdheid en bescherming te houden.

Met de term verantwoordelijkheid komen we op de tweede filosoof, te weten die van Kierkegaard (soms gezien als de grondlegger van de existentiefilosofie). Bij Kierkegaard en ook de existentiefilosofen ligt de nadruk op verantwoordelijkheid. Wat is nu de relatie tussen verantwoordelijkheid en wilsbekwaamheid? Hiervoor ga ik terug naar de hedendaagse gezondheidsethiek, zoals hierboven beschreven. In het Handboek Gezondheidsethiek wordt psychopathologie opgevat als de pathologie van de vrijheid, waarbij behandeling gericht dient te zijn op het doen beleven van maximale autonomie (Van der Veen, 1988, 353). Hierin klinkt duidelijk de op negatieve vrijheid gebaseerde autonomiegedachte door. We zagen echter bij de bespreking van het communitarisme dat de mens niet los kan worden gezien van andere mensen. En hoewel Kierkegaard de nadruk legt op verinnerlijking en individuatie, komt ook zijn mensbeeld geenszins overeen met dat van het autonome individu dat geïsoleerd kan worden van zijn omgeving. Hij omschrijft het zelf als een relatie die zich tot zichzelf verhoudt, wat mogelijk wordt gemaakt in relatie tot de ander.

De bovenbeschreven opvatting van psychopathologie vraagt dus ook om een

correctie. Mijn hypothese is dat wilsbekwaamheid en psychopathologie opgevat moeten worden als een pathologie van de verantwoordelijkheid. Intuïtief sluit deze opvatting beter aan bij de dagelijkse praktijk van de psychiatrie. Vaak wordt de vraag gesteld bij een patiënt 'kan hij het aan?', waarmee impliciet de vraag gesteld wordt of de betrokkene voldoende draagkracht heeft, de consequenties overziet, overzicht heeft etc. Mijns inziens worden deze vragen beter gedekt met de term verantwoordelijkheid dan met de term vrijheid, zeker wanneer deze laatste in negatieve zin wordt opgevat. Verantwoordelijkheid krijgt iemand niet alleen als een soort recht, het verwijst ook naar bepaalde plichten. Verantwoordelijkheid van de mens is het antwoord geven vanuit een betrokkenheid op iets waarvan hij meent of vermoedt dat het de uiteindelijk bepalende werkelijkheid is die zijn bestaan inhoud en zin geeft. Deze normatieve lading, die in het liberale (negatieve) vrijheidsbegrip afwezig is, is mijns inziens essentieel voor een goed begrip van wilsbekwaamheid. Wilsbekwaamheid is geen waardevrije notie en moet dus ook niet als zodanig ingevuld worden.

Juist gezien het normatieve karakter van het wilsbekwaamheidsoordeel is het belangrijk hoe de relatie tussen de betrokkenen vorm krijgt. De aard van de arts-patiënt relatie beïnvloedt de mogelijkheid van de patiënt om de greep op zijn leven te vergroten. In de interactie tussen arts en patiënt wordt wilsbekwaamheid mede gevormd en versterkt. De waarden van zowel de arts als de patiënt kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Om deze reden moet het wilsbekwaamheidsoor-deel vastgesteld worden in een wederkerig proces van overleg, omdat alleen dan recht wordt gedaan aan de realiteit van de arts en de patiënt. De relatie tussen arts en patiënt dient dus noch paternalistisch te zijn, noch de hoedanigheid van een consumentenrelatie te hebben, maar veeleer deliberatief van aard te zijn (Emanuel en Emanuel, 1992). In dit model draait het om de confrontatie tussen de waarden van de arts en die van de patiënt met als doel om tot morele zelfontwikkeling te komen. Hoewel artsen geleerd wordt om terughoudend te zijn in het benoemen van de eigen waarden, hoeft het ter sprake brengen hiervan niet te betekenen dat de arts de eigen waarden aan de patiënt oplegt of dat de patiënt de waarden van de arts kritiekloos overneemt. Het kan de patiënt helpen te ontdekken wat voor hem of haar zélf belangrijk is. Hoewel de bovenbeschreven benadering van wilsbekwaamheid zich niet eenvoudig laat operationaliseren, kan het begrip ziekte-inzicht hierin wellicht een sleutelrol vervullen. De psychiaters Markova en Berrios (1992) definiëren ziekte-inzicht in termen van begrip hoe de ziekte de interactie van een persoon met de wereld beïnvloedt. Net als de hier ontwikkelde opvatting van wilsbekwaamheid is in deze benadering van ziekte-inzicht ook een centrale rol weggelegd voor de context van de patiënt. Inzicht is volgens de auteurs een vorm van zelfkennis die verder gaat dan het gegeven dat iemand overtuigingen heeft over zichzelf en weet hoe hij overkomt op anderen. Dit laatste is geen echte kennis maar veeleer een reflectie van overtuigingen over het zelf. Van echte zelfkennis is sprake wanneer iemand weet hoe bepaalde zaken zijn interactie met de wereld beïnvloeden. Als een persoon bijvoorbeeld van zichzelf weet dat hij de neiging heeft tot vermijding (bijvoorbeeld van confrontaties met andere mensen) dan is er nog geen sprake van zelfkennis. Pas wanneer de persoon in kwestie begrijpt en erkent hoe deze neiging zijn waarneming van de wereld en zijn interactie met andere mensen beïnvloedt kan er gesproken worden van echte zelfkennis. Het gaat te ver om in het huidige artikel deze visie verder uit te werken, maar gezien de nadruk op contextuele

overwegingen lijkt deze opvatting goed aan te sluiten op de hier verdedigde benadering van wilsbekwaamheid.

Wilsbekwaamheid in de medische praktijk - enkele conclusies

Wat betekent het bovenstaande nu voor de praktijk waarin een wilsbekwaamheidsoordeel moet worden geveld? Aan de hand van een tweetal ethische begrippen, praxis en verantwoordelijkheid, heb ik getracht aan te tonen dat het menselijk individu niet beperkt kan worden tot een rationele homo calculus. De mens is ingebed in sociale praktijken en is in die zin dus niet autonoom. Maar evenmin als de patiënt geïsoleerd kan worden van zijn context, is de arts een individueel handelende actor. De arts is zelf vrijwel altijd ingebed in een collectief van artsen en andere behandelaars. Dit betekent dat niet alleen tussen arts en patiënt, maar ook tussen de behandelaars onderling afstemming moet zijn over de behandel- en benaderingswijzen.

Ter illustratie wil ik hier de volgende casus voorleggen:

In een instelling voor verstandelijk gehandicapten wil het medisch team een onderzoek doen naar het gezichtsvermogen van de bewoners. De bewoners van een woning voor matig verstandelijk gehandicapten (cognitief ontwikkelingsniveau van een zes- a zevenjarige) krijgen uitleg over wat het onderzoek inhoudt en wat de consequenties kunnen zijn van de uitkomst (voorschrijven van een bril om beter te kunnen zien). De bewoners wordt ook uitgelegd dat ze met het onderzoek en de uitkomsten ervan kunnen instemmen of niet (informed consent). Er wordt een inschatting gemaakt of de bewoners de uitleg begrijpen en de consequenties overzien en op basis van deze (positieve) inschatting wordt de bewoners gevraagd mee te werken aan het onderzoek. De eerste bewoner die de uitnodiging voor het onderzoek ontvangt weigert mee te werken. Het vermoeden bestaat dat hij geen inhoudelijke redenen heeft voor het verzet tegen het onderzoek maar dat zijn enige motief de mogelijkheid tot het uitoefenen van invloed (verzet) is. De persoon heeft binnen de groep een voortrekkersrol en andere bewoners weigeren vervolgens ook.

Op basis van de gangbare criteria van wilsbekwaamheid zouden de bewoners waarschijnlijk wilsbekwaam verklaard worden. Ze geven er immers blijk van de uitleg over de procedure te begrijpen. De consequenties van participatie in het onderzoek lijken ze echter niet op waarde weten te schatten, hetgeen ervoor pleit de bewoners wilsonbekwaam te verklaren. Met een inschatting louter op basis van de cognitieve vermogens komen we hier niet ver. Uit het gedrag van de bewoners kan echter ook worden opgemaakt dat ze behoefte hebben aan meer zeggenschap. Wanneer deze zeggenschap op een andere manier kan worden gerealiseerd, zou het gedrag van de bewoners misschien een stuk ‘rationeler’ kunnen uitpakken en zouden zij het onderzoek misschien wel op waarde kunnen schatten.

De bovenstaande casus toont hoe een wilsbekwaamheidsoordeel altijd ingebed is in een context. De beslissing over iemands wilsbekwaamheid moet in samenhang met de rest van het leven van de patiënt worden beoordeeld. De patiënt heeft een bepaalde levenshistorie en deze moet meegenomen worden in het oordeel. Het wilsbekwaamheidsoordeel is weliswaar een oordeel op een bepaald moment maar het kan niet temporeel geïsoleerd worden van het verleden en (de verwachtingen ten aanzien van) de toekomst van de patiënt

(Berghmans, 2000). De casus toont ook dat een wilsbekwaamheidsoordeel louter in termen van cognitieve vermogens te kort schiet. Er blijken andere overwegingen een rol te spelen: de behoefte aan inspraak in dit geval, de voortrekkersrol die de ene bewoner heeft op de andere bewoners. Belangrijk is ook dat er afstemming is tussen de verschillende behandelaars en hulpverleners. Zonder deze afstemming dreigt het gevaar van verkokering of in het ergste geval zorgverlening die averechts werkt.

Tot besluit

Het uitspreken van een wilsbekwaamheidsoordeel is een normatieve bezigheid, hetgeen de mogelijkheid van een objectieve geneeskunde in sterke mate beperkt. Dit geldt echter voor de gehele geneeskunde: het medische handelen vindt plaats in een moreel gekwalificeerde praktijk. Erkenning hiervan kan helpen de kwaliteit van de zorg te verbeteren omdat zodoende onderwerpen die impliciet meespelen, expliciet kunnen worden gemaakt. Dit betekent dat er reeds in de basisopleiding, maar ook binnen overlegsituaties tussen behandelaars, meer aandacht moet zijn voor deze onderwerpen die zich niet direct lenen voor een ‘evidence based’ benadering. Alleen wanneer de arts zijn schroom voor deze normatieve aspecten overwint, zal hij in staat zijn een wilsbekwaamheidsoordeel te vellen dat aansluit bij de realiteit van de patiënt.

Samenvatting

Het voorliggende artikel geeft een antropologische beschouwing op het begrip wilsbekwaamheid. In tegenstelling tot de gangbare benadering binnen de hedendaagse ethiek vertrekt dit begrip van wilsbekwaamheid vanuit een op positieve vrijheid gestoeld autonomiebegrip. Wilsbekwaamheid wordt dan opgevat als levensontwerp in plaats van besluitvormingsvermogen. In deze benadering is de relatie tussen arts en patiënt deliberatief van aard. Trefwoorden: wilsbekwaamheid, levensontwerp, arts-patiëntrelatie

Literatuur

- Appelbaum PS, Grisso T, Assessing patiënte' capacities to consent to treatment. The New England Journal of Medicine 1988; 319: 1635-1638.
- Beauchamp TL, Childress JF, Principles of Biomedical Ethics. New
- York: Oxford University Press, 2001. Berghmans RLP, Bekwaam genoeg? Wils(on)bekwaamheid in
- geneeskunde, gezondheidsrecht en gezondheidsethiek.
- Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Bioethiek, 2000. Berghmans RLP, Widdershoven GAM, Ethical perspectives on deci-
- sion-making capacity and consent for treatment and research.
- Medicine and Law 2003; 22(3): 391-400. Berlin I, Two Concepts of Liberty. In: Four Essays on Liberty, Lon-
- don: Oxford University Press, 1969. Emanuel EJ, Emanuel LL, Four models of the physician-patient
- relationship. Journal of the American Medical Association
- 1992; 267: 2221-2226. Glas G, Angst - Beleving, structuur, macht. Amsterdam: Uitgeverij
- Boom, 2001.
- Jochemsen H, Glas G, Verantwoord medisch handelen. Proeve van een christelijke medische ethiek. Lindeboomreeks nr. 10. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1997.
- Kierkegaard S, Sygdommen til D0den, 1849.
- KNMG Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen, Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Kunneman H, Van Theemutscultuur naar walkman-ego. Contouren van postmoderne individualiteit. Amsterdam: Boom, 1996.
- MacIntyre AC, After Virtue. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press, 1984.
- Markova IS en Berrios GE, The meaning of insight in clinical psy-chiatry. British Journal of Psychiatry 1992; 160: 850-860.
- Reinders JS, Ethiek in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2001.
- Tronto J, Moral Boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routhledge, 1993.
- Veen BRA van der, Morele dilemma's in de psychiatrie. In: Handboek Gezondheidsethiek, ID de Beaufort en HM Dupuis (red). Assen/ Maastricht: Van Gorcum, 1998, 353-359.
- Widdershoven GAM, Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2000.
- Widdershoven GAM en Berghmans RLP, Autonomie in de hulpverlening. In: Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg. J Graste en D Bauduin (red). Assen/Maastricht: Van Gorcum, 2000.

DOORN, N., *Wilsbekwaamheid als levensontwerp: een antropologische benadering,* TGE, 2007; 4:99-104. Met de toestemming van de redactie en uitgeverij van Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek

Vrijwilligers: een onderschatte meerwaarde in de palliatieve thuiszorg

Lieve VAN GOETHEM

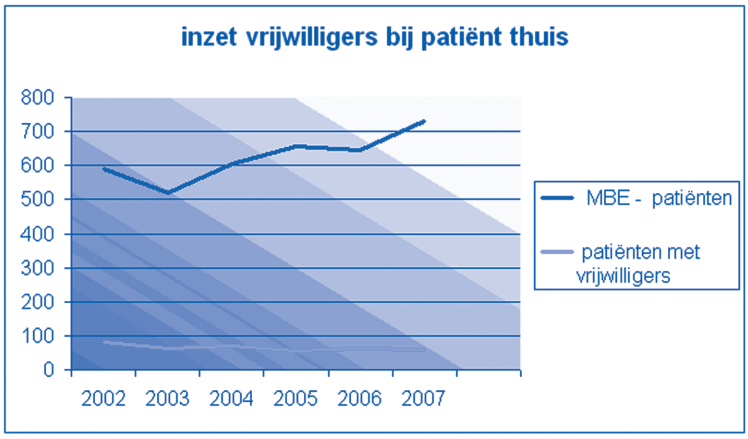
Inleiding

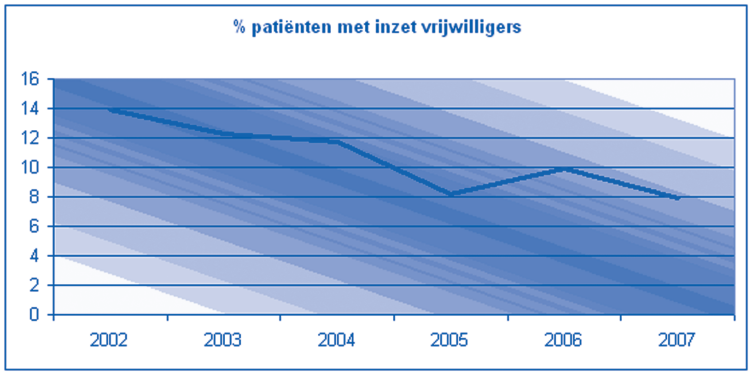
Ondanks de gestage stijging van het aantal palliatieve patiënten dat door ons MBE-team thuis gevolgd wordt, zien we reeds enkele jaren een neerwaartse trend in de vraag naar inzet van onze vrijwilligers in deze thuissituaties. Toch blijkt, telkens opnieuw, uit de verhalen van nabestaanden én vrijwilligers dat wanneer vrijwilligers werden ingezet dit voor palliatieve patiënten en hun naasten een duidelijke meerwaarde betekende. Er zijn heel wat hypothesen te bedenken om deze dalende vraag naar inzet van vrijwilligers te verklaren. Wat ook voor andere werkvormen opgaat, geldt ook hier: onbekend is vaak onbemind.

Reden dus om de vrijwilligerswerking van PHA en de meerwaarde van de inzet van vrijwilligers in de palliatieve thuiszorg opnieuw in de schijnwerpers te plaatsen. Praktijkverhalen vertellen meer dan theoretische beschouwingen. In dit artikel vindt u een ruime bijdrage van vrijwilligers die in hun pen kropen om hun ervaringen op te schrijven.

Dalende vraag naar vrijwilligersinzet

Reeds enkele jaren zien we een licht dalende trend in de vraag naar vrijwilligersinzet bij de palliatieve patiënten die door de multidisciplinaire begeleidingsequipe (MBE) van PHA worden begeleid. Ook wordt de vraag naar de inzet van vrijwilligers later in het zorgtraject gesteld. Dit heeft tot gevolg dat de duur van deze inzet korter wordt.





Mogelijke verklaringen

Om de echte redenen van deze (tijdelijke?) daling te achterhalen is een wetenschappelijke studie nodig. Hier willen we enkel stilstaan bij deze signalen en ons gevoel hieromtrent.

Het intern reglement over de inzet van vrijwilligers door PHA stelt dat de patiënt een maximale levensverwachting van 1 jaar mag hebben bij de start van de inzet. Eerder werd deze regel minder restrictief toegepast bij kankerpatiënten. De verbreding van palliatieve zorg naar patiënten met bijvoorbeeld terminaal nier- of hartfalen, de COPD'ers en de 'frailty people' maakt het bepalen van de overlevingstijd nog moeilijker. Het doet wel het aantal MBE-patiënten toenemen, maar een mogelijke inzet van vrijwilligers wordt gereserveerder voorgesteld.

Een aantal zorgvoorzieningen zijn de laatste jaren uitgebreid:

- De mogelijkheid om tijdskrediet en palliatief verlof op te nemen voor het bijstaan van een palliatieve patiënt;
- de organisatie van dagcentra en nachtopvang.

Mantelzorgers krijgen door deze voorzieningen de mogelijkheid om hun zorg beter te organiseren en ondervinden hierdoor wellicht minder nood aan extra ondersteuning door vrijwilligers.

Of is deze daling het gevolg van de toenemende individualisering in de samenleving? Deze individualisering manifesteert zich als een meer en meer terugplooien op zichzelf (cocooning), het afbrokkelen van de interpersoonlijke solidariteit, de toename voor de angst voor 'vreemden'. Deze individualisering uit zich ook in het willen behouden van de eigen zelfstandigheid, het niet afhankelijk willen zijn van (de hulp van) anderen.
Het kan een uitdrukkelijke keuze zijn van de naasten en de mantelzorgers om zolang mogelijk en zoveel mogelijk zelf hun dierbare te verzorgen in de palliatieve fase. Het aanvaarden van vrijwilligers in zo'n situatie wordt soms gepercipieerd als een 'niet kunnen' en dit wil men vermijden.
De inzet van vrijwilligers wordt steeds later in het traject toegelaten en pas dan wanneer de naaste en de mantelzorgers aan het einde van hun krachten zijn gekomen.
Het 'vrijwilligers'werk an sich kampt in deze geïndividualiseerde samenleving met een zeker wantrouwen, enerzijds omtrent de

oprechtheid van de bedoelingen en anderzijds over de kwaliteit van het geleverde 'werk'. Kwaliteitsvolle zorg wordt nog te dikwijls vertaald als professionele zorg.

Wat bieden de vrijwilligers van PHA?

'De vrijwilliger biedt sociaal-emotionele ondersteuning aan de hem/haar door PHA toegewezen patiënt en diens naaste betrokkenen. Concreet betekent dit aanwezigheid bij de patiënt en zijn omgeving met een actief luisterend oor. Wanneer de vrijwilliger alleen is met de patiënt kan aan hem/haar beperkte praktische persoonsgebonden hulp worden geboden.' (uit samenwerkingscontract PHA met de vrijwilliger anno 2007). Concreet en praktisch betekent dit dat onze vrijwilligers, binnen de grenzen van het bovengenoemd takenpakket, flexibel inspelen op wat zich in de patiëntensituatie aandient.

Wanneer en hoe worden vrijwilligers ingezet?

Tijdens het huisbezoek van de palliatief deskundige wordt het vrijwilligersaanbod aan de patiënt en zijn naasten voorgesteld.

Heeft de patiënt en/of zijn naasten belangstelling voor dit aanbod, dan wordt de inzet van PHA-vrijwilligers concreet gemaakt wanneer aan een aantal criteria wordt voldaan:

- De patiënt is palliatief en heeft een prognose van maximum één jaar;
- de patiënt kreeg de waarheidsmededeling, maar mogelijk ontkent hij/zij de gestelde diagnose;
- de patiënt en de naasten hebben respect voor het specifieke, afgebakende takenpakket van de vrijwilliger: de vrijwilligersinzet betekent een duidelijke meerwaarde, maar is geen substantieel onderdeel voor het behoud van de continuïteit in de zorg aan de patiënt;
- de patiënt en de naasten ervaren de nood aan sociaal-emotionele ondersteuning;
- de patiënt gaat akkoord met de inzet van vrijwilligers.

Voldoet de patiëntensituatie niet aan deze criteria, dan wordt er doorverwezen naar andere vrijwilligersorganisaties.
Voldoet de patiëntensituatie wel aan deze criteria, dan worden er per patiënt 2 vrijwilligers ingezet. Elke vrijwilliger is maximaal 4 uur per week aanwezig bij de patiënt. Bij de start van de inzet gaan beide vrijwilligers samen op kennismakingsbezoek. Tijdens dit bezoek worden de vaste inzetmomenten voor elke vrijwilliger afgesproken.
De vrijwilligersinzet eindigt bij het overlijden van de patiënt of bij de definitieve opname van de patiënt in een zorginstelling.
Ongeveer drie weken na het overlijden, gaan beide vrijwilligers samen op afrondingsbezoek, indien de nabestaanden dit wensen.

Goed geselecteerde vrijwilligers

Als patiënt kiezen voor thuiszorg betekent meestal zorgverleners in je privé-sfeer toelaten. Dit is geen gemakkelijke stap. Voor een palliatieve patiënt en zijn naasten betekent dit vreemden toelaten in een intiem proces van lichamelijke aftakeling, van stapsgewijs afscheid nemen van elkaar en van het leven. Wanneer aan het reeds noodzakelijk zorgnetwerk vrijwilligers worden toegevoegd, moeten dit mensen zijn die door hun gepaste manier van aanwezig zijn een meerwaarde kunnen bieden.

Een goede basishouding is essentieel voor de vrijwilliger. Deze attitude dient reeds in de selectiefase in voldoende mate aanwezig te zijn bij de kandidaat-vrijwilligers. Deze basishouding

wordt in de verplichte basisopleiding, door de praktijkervaring en via permanente vorming en ondersteuning verrijkt en verdiept.

De basishouding wordt gekenmerkt door onvoorwaardelijk respect voor de patiënt en zijn naasten en hoe deze met hun situatie wensen om te gaan. Gezien de grote dienstbaarheid die verwacht wordt, dient de kandidaat-vrijwilliger over een motivatie te beschikken die voldoende altruïstisch is. In hun contacten geven de kandidaat-vrijwilligers blijk van empathisch vermogen en echtheid. Ze hebben tevens voldoende emotionele draagkracht en zijn in staat tot zelfreflectie en goede zelfzorg.
Tenslotte moet de vrijwilliger collegiaal kunnen samenwerken binnen de organisatie en met de andere zorgverleners rond de patiënt. Dit houdt in dat men ook de beperktheden van de eigen rol en positie kan accepteren. Tijdens een selectiegesprek worden deze basisvaardigheden en attitudes getoetst. Sommige kandidaten worden op basis van dit gesprek niet weerhouden voor verdere opleiding; de anderen moeten een vormingstraject volgen.

Basisopleiding

De kandidaat-vrijwilligers worden tijdens een vierdaagse basisopleiding voorbereid op hun taak. In een eerste deel krijgen zij inzicht in wat de fysieke, emotionele, sociale en spirituele noden zijn van een palliatieve patiënt en wat goede comfortzorg in de thuissituatie kan betekenen. Daarnaast wordt hun takenpakket en hun plek in het zorgnetwerk rond de patiënt verder verduidelijkt.
In een tweede deel wordt stilgestaan bij het persoonlijk functioneren van de vrijwilliger. De verwachtte basishouding wordt expliciet gemaakt, vaardigheden rond ‘actief luisteren’ en ‘omgaan met emoties’ worden getraind. Tenslotte wordt aandacht besteed aan het belang van goede zelfzorg.

Permanente vorming en ondersteuning

Alle actieve vrijwilligers nemen deel aan de verplichte maandelijkse intervisiebijeenkomsten. In kleine, vaste groepen leren en reflecteren ze over de eigen praktijkervaringen. Het opzet van dit groepsgebeuren is het eigen functioneren in de patiëntensituaties te verbeteren en de zelfzorg te bevorderen.
‘On the job’ werken de vrijwilligers samen met de palliatief deskundigen van de MBE. Bij de start van een inzet worden de vrijwilligers door de palliatief deskundigen gebrieft. Met respect voor de privacy van de patiënt hebben zij regelmatig contact voor wederzijdse briefing en overleg.

Op geregelde tijdstippen wordt voortgezette vorming georganiseerd. De onderwerpen die behandeld worden zijn zeer uiteenlopend. Naargelang het onderwerp worden er voordrachten gegeven of worden er trainingen georganiseerd. Steeds wordt het verband gelegd met hun concrete takenpakket. In het recente verleden kwamen aan bod: omgaan met spirituele pijn, palliatieve sedatie en euthanasie, rouwzorg door vrijwilligers, hoe een authentiek contact met patiënt en naasten gestalte geven, omgaan met onmacht, training in verplaatsingstechnieken.
Jaarlijks wordt er ook een vormingsmoment samen met de palliatief deskundigen georganiseerd. Naast de inhoudelijke vorming, is het werken aan een betere samenwerking de belangrijkste doelstelling van deze vormingsactiviteit.

Tenslotte kan elke vrijwilliger rekenen op individuele ondersteuning door de vrijwilligers-coördinator.

Getuigenissen van vrijwilligers

Mijn vrijwilligersinzet bij Frans

Op het kennismakingsbezoek leek Frans een rustige en aangename man van 76 die plotsklaps was terechtgekomen in een slecht filmscenario waarvan het einde wanhoop, verval en dood voorspelde: de diagnose van de ziekte met de grote K.
Een film was het echter niet, wel rauwe onverbloemde werkelijkheid. Een harde realiteit die voor gezonde mensen die hun eigen sterfelijkheid zoveel mogelijk negeren nauwelijks voor te stellen is.
Echtgenote, kinderen, kleinkinderen en vrienden hebben geen andere keuze dan – ieder op hun manier – om te gaan met de Vijand die hun echtgenoot, vader, grootvader of vriend zal vernietigen.
Hoop, liefde, mededogen, geduld, moed, toewijding en spiritualiteit zijn de beste kaarten om met dit wanhoopsgegeven om te gaan.
Ondanks een familiegeschiedenis die niet altijd over rozen liep, hadden de naasten van Frans gelukkig deze kaarten toebedeeld gekregen.

Een vrijwilliger bezit ook deze kwaliteitsvolle kaarten, maar hij heeft extra troeven: Hij komt als 'vreemde' deze dramatische setting binnenwandelen én hij is onbevooroordeeld.
Wat hebben wij, als PHA-vrijwilliger, deze patiënt en de familie kunnen bieden?
Soms begrijpen mensen moeilijk wat iemand drijft als palliatieve vrijwilliger. Vaak wil men je motivatie weten en hoe dit vrijwilligerswerk op je levenspad gekomen is. Als de naasten in kennis gesteld zijn van je zuivere motieven, ontstaat er vertrouwen.

Frans was een groot deel van zijn leven met grote gedrevenheid vrijwilliger bij het Rode Kruis en zijn echtgenote was nog actief als vrijwilliger bij een andere organisatie. Zo werd er al snel een band gesmeed.
De naasten kunnen in hun eigen leven niet even op de pauzeknop drukken. De rol als partner, kind, ouder, werknemer … loopt verder en dan kan de fysieke en psychische belasting wel eens zwaar beginnen wegen. Daarom moeten de naasten voor zichzelf zorg dragen, in staat zijn zich even los te koppelen van hun hulpverlenende rol en dit zonder schuldgevoel de patiënt hiermee tekort te doen.
In deze situatie deed de echtgenote wekelijks een avond vrijwilligerswerk en reserveerde zij een namiddag om te winkelen en om in een kaartclub te verpozen. Dankzij onze aanwezigheid kon zij dat met een gerust hart en geweten doen. Haar partner was immers in veilige handen van vrijwilligers die zij al snel voor 100% vertrouwde en verwende met zelfgebakken koekjes, cakejes en ijsjes.
Kinderen en kleinkinderen kwamen dikwijls op bezoek. Ook van hen ging een geweldige appreciatie uit naar de PHA-vrijwilligers als naar de organisatie zelf. Een gesprek waarin je hen in deze moeilijke tijd moed en vertrouwen wenst, werkt ondersteunend.

Frans, de patiënt, droeg zijn ziekte met veel waardigheid. Hij aanvaardde het lot op zijn levenspad zonder morren. Ik heb hem nooit horen klagen en hij wou zijn omgeving zo weinig mogelijk belasten. Diep respect is hier op zijn plaats.
Frans was een man van een generatie die niet met zijn gevoelens en zijn innerlijk leven te koop liep.
Tijdens gesprekken liet hij mij verstaan dat de liefde van zijn kinderen, elk op hun eigen manier, het persoonlijk lijden draaglijker maakte. De kleinkinderen boden soelaas door hun behaalde resultaten op school of in een sporttak. Voorwaar een man die trots was over zijn nazaten.
Ook kon Frans met veel enthousiasme vertellen over zaken die hij in zijn leven had meegemaakt, zoals bij het leger, zijn werk of het vrijwilligerswerk bij het Rode Kruis. Verhalen die zijn naasten vermoedelijk al talrijke malen gehoord hadden maar voor mij, als aandachtige en nieuwsgierige toehoorder, erg mooi om horen waren en me uitnodigden om mee te gaan in zijn enthousiasme.
Frans was een geïnteresseerd man die het nieuws op de voet volgde en ervan hield zijn mening duidelijk te formuleren en te argumenteren waar ik dan ook graag aan meedeed.
Zo werd er tussen Frans en mezelf een band gesmeed die de patiënt (onbewust) hielp om het bijna-voorbije leven te overschouwen en toch, als palliatieve patiënt, nog midden in het leven te staan.
Humor was ook aanwezig. Als we samen TV keken, lachten en gekscheerden we.
Ook dat was belangrijk om, al was het maar voor korte tijd, de ellendige situatie naar de achtergrond te verplaatsen. Later betrapte ik me erop dat ik thuis, na het overlijden van Frans, nog naar de TV-programma's keek waar we samen naar gekeken hadden. Een hommage!

Tijdens een ziekenhuisopname van de echtgenote werd Frans ook opgenomen aangezien hij niet alleen thuis kon vertoeven. Wanneer wij hem gingen bezoeken voelden we de blijdschap en dankbaarheid omdat wij hen niet in de steek lieten.
Terug thuis ging het mis. De gezondheidstoestand van Frans ging plots dramatisch achteruit en een opname in een palliatieve eenheid werd geregeld.
Daar had ik de kans hem nog een laatste afscheidsbezoek te brengen. Het was de eerste keer in mijn leven dat ik bewust van iemand afscheid nam en het was een ingetogen, emotioneel en een bijzonder moment dat ik nooit zal vergeten.

Mijn vrijwilligersinzet bij Dirk

Wanneer ik terugdenk aan een begeleiding waarbij we veel hebben betekend voor onze patiënt, gaan mijn gedachten onwillekeurig uit naar Dirk. Dirk was een alleenstaande man met een primaire leverkanker en botmetastasen. Hij had diabetes en was in behandeling bij een psychiater voor hallucinaties en wanen. Met zijn familie had hij nauwelijks nog contact. De huisarts kwam zeer regelmatig langs. De thuisverpleegkundige verzorgde Dirk dagelijks, éénmaal per week kreeg hij gezinshulp. Een vriendin kwam twee namiddagen per week op bezoek. Mijn medevrijwilliger en ik gingen op woensdag- en donderdagnamiddag bij Dirk langs.

Reeds na het eerste bezoek voelde je het wantrouwen jegens ons, vrijwilligers, afbrokkelen. Hij vertelde ons over zijn angst om verplicht te worden opgenomen in een palliatieve eenheid. Ook rond euthanasie stelde hij zich veel vragen. Als vrijwilliger waren we zijn klankbord. We hielpen hem zijn vragen te verwoorden zodat hij ze kon doorgeven aan de

palliatief deskundige of de huisarts.

Maar ook praktisch betekenden we veel voor hem. Zo graag had hij nog eens de Schelde gezien. Dirk had een rolstoel van de uitleendienst. Met de hulp van zijn buurvrouw maakten we, gekoesterd door een zacht lentezonnetje, een wandeling door de buurt en langs de kade. Er kwamen veel emoties naar boven. Dirk praatte over zijn turbulent verleden, de pijn, zijn angst, …

Stilaan ging Dirk fysiek achteruit. Het werd steeds moeilijker om op te staan, iets te eten. Dirk besefte dat, ondanks de inzet van zijn vrienden, het zo niet verder kon. Begin juni, na drie maanden begeleiding, werd Dirk tenslotte opgenomen op de palliatieve eenheid.

Mijn vrijwilligersinzet bij Rietje en Guy

Eind april kregen mijn medevrijwilligster en ikzelf de vraag van PHA om ondersteuning te bieden aan de partner van een 60-jarige ongeneeslijke zieke, snel dementerende vrouw.

Na een telefonische briefing door de palliatief deskundige over de zorgvraag en de patiëntensituatie maakten we snel een afspraak om samen een kennismakingsgesprek bij de mensen thuis te hebben.
De partner, Guy, sprak in naam van zijn vrouw Rietje (die nog weinig zei) over de afgelopen 4 jaar: Hij vertelde over het plotse ziek worden na het pensioen van zijn vrouw en de vele plannen die ze samen al gemaakt hadden, de eerste verkeerde diagnoses, de opnames in het ziekenhuis en, uiteindelijk, de diagnose: een snel evoluerende vorm van dementie met een prognose van nog een paar maanden.
Guy, een informaticus op rust, besliste zijn vrouw thuis te verzorgen: ‘Rietje zou dit ook voor mij gedaan hebben’ en hij koos ervoor dit in een zo huiselijk mogelijke sfeer te doen. Wel liefst met vrouwelijke verpleegkundigen want Rietje leek te blokkeren bij mannelijke verzorgers.

Zijn vraag naar ons, vrijwilligers, was vooral een vraag naar nabije aanwezigheid bij zijn vrouw, enkele uren per week, zodat hij wat in de tuin kon werken of wat boodschappen kon doen.
Al gauw bleek dat ons gezelschap ook voor hem een manier was om, samen met Rietje, zijn leven met haar te overschouwen. Af en toe lichtten haar ogen op als hij vertelde over haar talenten als adjunct-directeur en over het plezier dat ze hadden beleefd aan hun vele reizen samen.
Om beurten bezochten wij Rietje en Guy gedurende zo’n 3 à 4 uur per week. Later gingen we elk een halve dag per week.
Rietje had af en toe nog heldere momenten. In het begin had ik er moeite mee de juiste toon te vinden om Rietje in een gesprek te betrekken en haar daarbij niet te kwetsen door té betuttelend over te komen.
Het contact met Rietje werd minder en minder, maar bij mijn binnenkomst gaf ze door middel van een lieve lach meestal blijk van herkenning.
Guy was steeds blij met onze aanwezigheid. Zo kon hij zijn hart luchten en zijn angst en onzekerheid over de toekomst uitspreken, maar ook gewoon een boodschap doen. Dan bleven we bij Rietje, hielden haar hand vast, vijlden haar nagels bij, doorbladerden samen een tijdschrift, gaven haar te drinken, …

Gedurende zes maanden gingen we langs.
Dan ging plots Rietjes toestand achteruit. Na 2 dagen en nachten waken door Guy en zijn schoonzus liet Rietje dan toch het leven los.
De dankbaarheid van Guy bleek onder andere uit het feit dat wij als vrijwilligers vermeld werden op het overlijdensbericht en uitgenodigd werden

voor de koffietafel.
Achteraf hoorde ik van Guy dat hij een beetje schrik had gehad dat wij hem, als vrijwilligers, zouden hebben willen 'bekeren'. Daar hebben we hem toch nog wel mee geplaagd op het afrondingsgesprek.

Mijn vrijwilligersinzet bij Marc

Het klikte meteen tijdens het kennismakingsgesprek. De patiënt leed aan een tumor aan de onderkaak met een wonde die kon bloeden. Door deze tumor was het spreken moeilijk en was Marc zeer moeilijk te verstaan.

Er werd afgesproken dat ik wekelijks een namiddag op bezoek zou gaan en mijn collega een voormiddag. Zo kon de echtgenote even gaan winkelen of op familiebezoek. Er even tussen uit, dat was belangrijk.
Voor wie hem niet verstond, schreef Marc op wat hij wilde zeggen, maar dat lukte steeds minder goed. Ik kon Marc echter vrij goed verstaan. Het was dan ook een zegen dat wij nog konden spreken met elkaar.
Die gesprekken waren deugddoend, zowel voor de patiënt als voor mij.

Marc en ik waren nieuw voor elkaar, en zo kon hij zijn verhaal als nieuw vertellen. Het waren heel levendige verhalen. Hij kon ze aan mij vertellen alsof hij ze voor het eerst vertelde, zonder blikken van toehoorders die zegden 'ja, ja, dat verhaal kennen we al!' of 'dat heb je al zo vaak verteld!'.
Soms gingen onze gesprekken over alledaagse dingen: het verleden, zijn werk, maar soms ook over hoe hij zich voelde: het achteruitgaan van zijn gezondheid, de dood.
Daardoor groeide er een band. Er waren ook middagen dat er weinig of niets werd gezegd. Ik was er gewoon, in stilte waren we bij elkaar. Die momenten vergeet je niet: hoe sterk je je dan verbonden voelt.
Er was nog een gebeuren dat ik niet vergeet. De thuisverpleging kwam Marcs wonde verzorgen terwijl ik er was. Ik stelde voor de kamer te verlaten, maar Marc drukte uit dat hij graag had dat ik bleef. De verpleegster had geen bezwaar, maar verwittigde dat het geen aangenaam zicht was.
Toen ik de vreselijke wonde zag en ook de pijn op Marcs gelaat, moest ik even slikken. Maar dit moment was een geschenk voor ons beiden: Marc voelde zich niet alleen in deze situatie en ik voelde mij gelukkig dat mijn aanwezigheid hem tot steun kon zijn.
Toen hij was opgenomen in de palliatieve eenheid ging ik daar afscheid nemen. Marc was in coma. Het enige wat ik kon doen, was zijn hand in de mijne leggen en even in stilte bij elkaar zijn.
De dag nadien is hij overleden.

Met dank aan: Mie, Hilde, Gérard en Fernand.

Op 25 en 26 september en 9 en 10 oktober 2008 organiseert PHA een basisopleiding voor kandidaat-vrijwilligers. Wie interesse heeft en/of graag een schriftelijk informatiepakket krijgt toegestuurd, neemt contact op met de vrijwilligerscoördinator Lieve Van Goethem tel. 03 820 25 31, e-mail lieve.vangoethem@ua.ac.be

De 21 vragen van Marcel Proust

Marcel Proust
°Auteuil 10/07/1871
† Parijs 18/11/1922

Werner Maeckelberge
°Oostende 9/11/1946

1. Wat is het grootste ongeluk dat u zou kunnen overkomen?

Ik kreeg van Het Leven heel wat kostbare geschenken. Dit stemt me dankbaar en maakt me kwetsbaar. Wat kan ik meer doen dan met deze geschenken erg zorgzaam omgaan? Ik zou het als mijn grootste ongeluk beschouwen indien ik één van die gaven door mijn 'zorgeloosheid' zou verliezen.

2. Waar zou je liefst wonen?

Wonen? Bedoel je 'thuis zijn?', want 'Thuis is waar mijn ... Duvel staat'. Wonen, denk ik, zou ik overal kunnen. Voorwaarde: mijn geliefden moeten in de buurt zijn en ... ik moet af en toe de Vrouwetoren in Antwerpen mogen bewonderen. Niets mooier dan haar. Mijn zevende wereldwonder.

3. Wat is het volkomen geluk hier op aarde?

Volkomen geluk, bestaat dat? Ik weet niet of ik Freud ('*gezondheid is: op een bevredigende manier kunnen werken en beminnen*') dan wel Boedha ('*je weet wel, als je nog één behoefte hebt dan heb je nog één reden om ongelukkig te zijn*') moet volgen. Proberen op een creatieve manier te werken met wat je gegeven is en daar genoegdoening aan beleven ... is dat niet een goede aanzet voor dat 'volkomen geluk'?

4. Voor welke misstappen kunt u begrip opbrengen?

'*Oordeel niet over uw buur, tot ge u in zijn situatie hebt bevonden.*' een citaat uit de Talmud. Ik stel me voor dat, indien de omstandigheden 'gunstig' zijn, ik elke denkbare misstap zelf zou kunnen begaan. Het Milgram-experiment waarbij brave doorsneeburgers gevraagd werd om een anonieme proefpersoon te folteren tot de (fictieve) dood erop volgde (+60% ging door tot het einde), maakte denken over schuld - onschuld nooit meer eenvoudig. Maar begrip voor iets opbrengen wil uiteraard niet zeggen dat je het ook goedkeurt.

5. Welke personage uit de geschiedenis bewondert u het meest?

Eerlijk gezegd: ik bewonder niemand. Helden en heiligen zijn maaksels van de machthebbers van dat historisch moment. Aan iedereen is wel een steekje los vermoed ik. Alhoewel ... een figuur als Fransiscus van Assisi kan me wel inspireren. Maar ik vermoed dat ik zijn chronische migraine en het landschap van Umbrië mis om zijn mate van onthechting te benaderen.

6. Voor welke vrouwen van vroeger of nu koestert u bewondering?

Voor de moeder van Georges hier in onze wijk heb ik een ontzettend ontzag. Haar hoge diploma en carrièrekansen, haar sociale leven liet ze voor wat ze waren en - tegen beter weten in - bleef ze zich inzetten voor de ontwikkelingskansen van haar zwaar autistische zoon. *Il faut le faire!*

7. Wie is uw lievelingsschilder?

Bij het bekijken van een schilderij van Van Gogh (graanvelden met daar boven kraaien, één van zijn laatste werken) voelde ik ooit tranen van ontroering langs mijn wangen lopen. Ik vermoed dat hij mijn lievelingsschilder zal zijn.

8. Wie is uw lievelingscomponist?

Ik merk dat ik al dikwijls het tweede en derde pianoconcerto van S. Rachmaninov als geschenk heb gegeven. Je kan ze blijven beluisteren. Maar of ik nu alles van die componist graag hoor? Liever dus geen namen noemen. Maar ook geen muziekwerken a.u.b. Het zijn er teveel. Misschien kan ik beter over mijn jazz-frustratie spreken. Is er nu niemand die mij een goeie tuyau kan geven om die muziek te kunnen appreciëren?

9. Welke eigenschappen waardeert u het meest in een man?

Voornamelijk alle eigenschappen die ikzelf niet of onvoldoende bezit: doortastendheid, consequent logisch denken, manuele vaardigheden ... alhoewel, zijn dat nu typische mannelijke eigenschappen? Het Venus- en Marsgedoe (je weet wel, waar elk van ons blijkbaar van afkomstig is) is aan mij niet echt besteed hoor!

10. Welke eigenschappen waardeert u het meest in een vrouw?

Volgzaamheid, verdraagzaamheid, vergevingsgezindheid, begrijpendheid ... (grapje!). Als ik er eentje zou noemen dat mij steeds verwondert: hun intelligente intuïtie.

11. Wat is uw lievelingsdeugd?

Een 'verstoven' woord misschien maar ik ga voor 'edelmoedigheid'. Ik zou me heel erg gevleid voelen mocht men over mij spreken als over een 'edelmoedig mens'

12. Wat doet u het liefst?

Mijn moeder zegde reeds (nu nog) toen ik een kind was: Werner je bent een romantische dromer. Ik denk dat ik dat ook het liefste doe: zomaar dromen!

13. Wat is uw grootste karakterfout?

Ik beken: ik ben een dromer ...

14. Wie is uw lievelingsdichter?

Herman de Coninck zonder enige twijfel. Hij leerde mijn generatie de Poëzie appreciëren. Daarmee opende hij deuren naar nog veel meer dichterlijke schoonheid. Zo heb ik onlangs S. Szymborska (een Poolse nobelprijswinnares literatuur) leren kennen. Echt waar, even toegankelijk als de Coninck en je leest het met diezelfde 'monkel van herkenning' rond je mond. '*Uitzicht met een zandkorrel*', je moet het echt eens proberen.

15. Wie zijn de helden van vandaag?

Zéker niet de consumptiehelden van de media. Zéker wel alle mensen die zonder die publieke aandacht of erkenning datgene doen waarvan ze overtuigd zijn het te moeten doen.

16. Welke namen hoort u het liefst?

Tessa, Eva, Karl en Erwin. Het zijn de namen van onze kinderen. Lieve (nog een naam die ik graag hoor) en ik hebben ze zelf kunnen kiezen. Wat wil je nog meer?

17. Wat verafschuwt u het meest?

Domme, authoritaire zelfingenomenheid of is dat een pleonasme?

18. Wat was de belangrijkste omwenteling in de geschiedenis?

De ideeën van de Franse Revolutie en de Verlichting. Deze gedachtenstromingen waren de aanzet tot de echte emancipatie van de Westerse mens. Kritisch en zelfstandig

nadenken zonder klakkeloos het juk van het repressieve gedachtengoed van de gevestigde gezaghebbers (en van welk -isme ook) te moeten dragen.

19. Hoe zou u het liefste willen sterven?

Kort en goed en (als het effe kan) met voldoende tijd om van mijn geliefden afscheid te nemen. Zie je wel, ik ben aan het dromen ...

20. Welke hervorming zou u het liefst willen doorvoeren?

Vrijheid, gelijkheid en broederlijkheid: Bleu, Blanc, Rouge. Al 200 jaar oud en nog nooit gerealiseerd. Maar doorvoeren? Hoe zou het kunnen als zelfs het 'machtige' Amerika nog geen democratie waar ook ter wereld kan 'opleggen' ... (doorvoeren?). Ik hoop dat ik aan dat waardevolle proces van lange adem zo lang mogelijk mag blijven meewerken. Klinkt precies een tikkeltje abstract hé? Wil je een concreet voorstel om 'door te voeren'? Ik wil een volwaardig inkomen voor iedereen. Ik beperk mij tot België (eigen volk eerst dus) omdat ik zeker weet dat we dat kunnen betalen.

21. Wat is uw motto?

PRETTIG BEZIG BLIJVEN! Dit klinkt wat ironisch en minimalistisch hé? Het is niet zo bedoeld. Als ik je vertel dat het heel nauw aansluit bij waarden zoals nederigheid, verantwoordelijkheid en de plicht om gelukkig te zijn dan kom ik al dicht in de buurt van een toelichting!

Werner Maeckelberghe is lid van het Dagelijks Bestuur van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw.

Uitzicht met zandkorrel

S. Szymborska

we noemen hem een zandkorrel
maar zelf noemt hij zichzelf korrel noch zand
Hij kan het af zonder naam,
of die nu algemeen, bijzonder, vluchtig,
blijvend, verkeerd of passend is.

Onze blik en aanraking doen hem niets.
Hij voelt zich gezien noch geraakt.
En dat hij op de vensterbank is gevallen, is
uitsluitend ons en niet zijn avontuur.
voor hem is dat vallen zonder meer,
zonder zekerheid of hij gevallen is,
of nog valt.

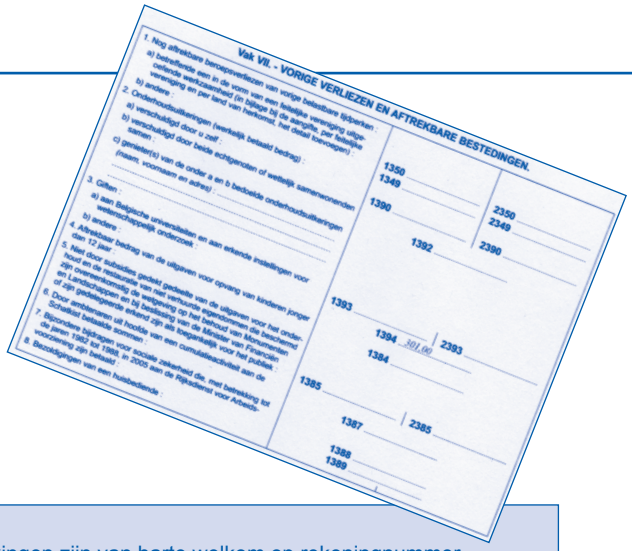
Uit het raam heb je een mooie uitzicht op het meer,
maar dat uitzicht ziet
niet zich zelf.
Kleurloos en vormloos,
stemloos, geurloos
en pijnloos bestaat het op deze wereld.

Bodemloos bestaat de bodem van het meer
en oeverloos zijn oevers.
Niet nat niet droog zijn water.
Meer - noch enkelvoudig de golven
die doof voor hun eigen geruis
om stenen ruisen die niet groot of klein zijn.

En alles gebeurt onder een van nature hemelloze hemel
waar de zon ondergaat zonder onder te gaan
en zich onverborgen verbergt achter een onbewuste wolk.
En de wind solt ermee zonder enige andere reden dan dat hij waait.

Eén seconde verstrijkt.
Nog een seconde.
een derde seconde.
Maar dat zijn alleen onze seconden.
De tijd snelde voorbij als een koerier met een spoedbericht.
Maar dat is allen onze vergelijking.
De persoon is fictief, zijn haast aangepraat,
het bericht - onmenselijk

Giften


Vak VII. - VORIGE VERLIEZEN EN AFTREKBARE BESTEDINGEN.

1350
1349
1390
1392
2350
2349
2390
1393
1394 301,00
2393
1384
1385
1387
2385
1388
1389

Nieuw rekeningnummer

Schenkingen zijn van harte welkom op rekeningnummer
735 - 0128225 - 76
met de vermelding ‘gift’
PHA mag je een fiscaal attest afleveren voor elke gift van minimum € 30,00 of de som van minimum € 30,00 op jaarbasis.
Het attest geeft je recht het gestorte bedrag in te brengen op je jaarlijkse belastingaangifte. Het attest wordt ten laatste begin april van elk jaar toegezonden. Hartelijk dank.

PHA bedankt:

Belsack Magda
Bontemps Francois M.
Consultancy Paulus
Jenkins Muriel
Louwers - Struijk
Pingnet Agnes
Roevens Simone
Steurs Filip
Vanacker Pol
Bernaert Marc
Bracke Robert – Janssens
Dr. D’Hoine G.
Kips- Vanacker Guido & Griet
Petrus Consultancy
Reunis Anny
Rouwgroep koffietafels
Van Loon Henrica

PHA dankt volgende sponsors

KBC Bank & Verzekering

Meda

Cera Holding

Janssen Cilag

Lions Clubs zone 22 MD 112 B

International Women's Contact Antwerp vzw

Dank voor de ondersteuning van onze 0800-hulplijn

A.A.C.
Administration & Answering Centre
uw telesecretariaat 24u op 24u - 7 dagen op 7
tel. 03 205 55 55

Inhoud van dit nummer

Palliatieve zorg? 4

Wilsbekwaamheid als levensontwerp: een antropologische benadering 6

Vrijwilligers: een onderschatte meerwaarde in de palliatieve thuiszorg 15

Getuigenissen van vrijwilligers 19

De 21 vragen van Marcel Proust 23