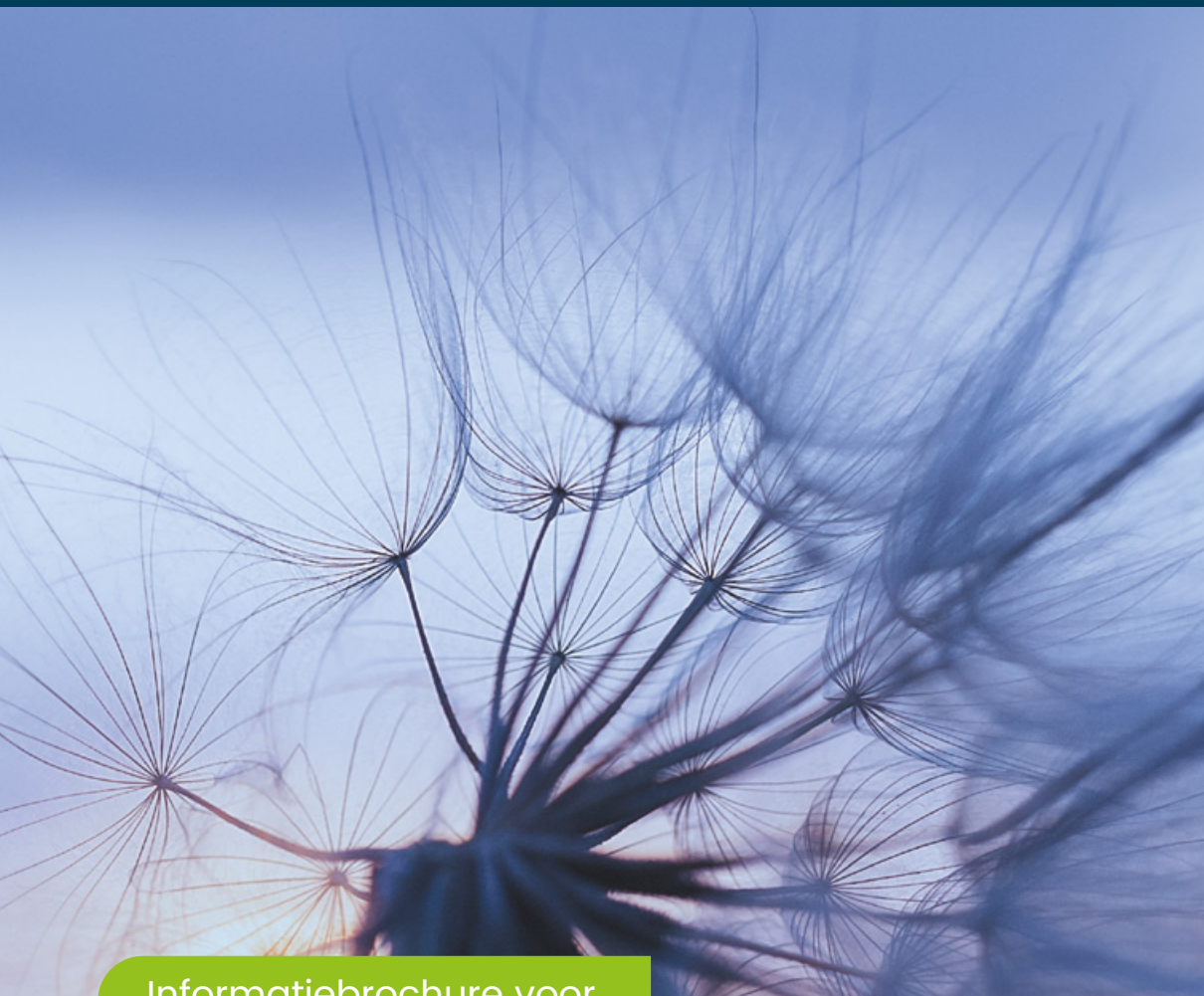


ZORG EN ONDERSTEUNING BIJ HET LEVENSEINDE



Informatiebrochure voor
familieleden en naasten

INHOUDSTAFEL

Het levenseinde voorbereiden	4
Wie beslist bij het levenseinde?	5
Lichamelijke veranderingen en behandelingen	7
De laatste momenten van het leven: medische mogelijkheden	11
Palliatieve zorg	11
Euthanasie	12
Omgaan met het naderend afscheid	15
Palliatieve begeleiding in het woonzorgcentrum	17
Na het overlijden	18
Ondersteunende organisaties	20





Informatiebrochure voor familieleden en naasten

Deze informatiebrochure wil ondersteuning bieden aan families en naasten in de moeilijke omstandigheden van de laatste levensfase. Ze biedt een antwoord op een aantal vragen die zich stellen bij de voorbereiding en het verloop van het levenseinde.

HET LEVENSEINDE VOORBEREIDEN

Het is belangrijk dat een bewoner in een woonzorgcentrum zijn leven zoveel mogelijk kan blijven leiden zoals thuis. Dat geldt voor dagelijkse zaken zoals voeding, hygiëne, mobiliteit en geloofsovertuiging, maar ook voor de verwachtingen rond het levenseinde.

Kort na de opname zal de hoofdverpleegkundige in gesprek gaan met de bewoner en zijn/haar familie. Samen bespreken zij welke keuzes gemaakt kunnen worden wanneer de medische toestand achteruitgaat of wanneer het levenseinde nadert.



Wie beslist bij het levenseinde?

In de Belgische wetgeving, maar ook in onze zorgvisie, staat het zelfbeschikingsrecht van **de bewoner** bij het levenseinde centraal. De bewoner beslist zelf welke interventies hij/zij aanvaardt of weigert. Het kan daarbij gaan om medische onderzoeken, behandelingen (medicamenteus of chirurgisch, al dan niet dringend), zorghandelingen in brede zin (zoals ondersteuning bij beademing, bij het maaltijdgebeuren of bij hygiënische zorg) en beslissingen rond het levenseinde.

De bewoner kan **een vertrouwenspersoon** aanduiden die hem/haar ondersteunt bij het uitoefenen van zijn/haar rechten, zoals het verkrijgen van informatie over zijn/haar gezondheidstoestand en prognose of het inkijken van het zorgdossier. De bewoner kiest deze vertrouwenspersoon zelf. Het kan een familielid zijn, maar ook een goede vriend(in). De identiteit van de vertrouwenspersoon wordt genoteerd in het zorgdossier of in het woonzorgplan. De vertrouwenspersoon helpt erop toezien dat de wensen en keuzes van de bewoner gerespecteerd worden, maar heeft zelf geen beslissingsrecht.

Wanneer de bewoner zelf geen beslissingen meer kan nemen, biedt de wet de mogelijkheid om **een vertegenwoordiger** aan te duiden die de rechten van de bewoner uitoefent wanneer hij/zij wettelijk of feitelijk wilsonbekwaam is. Dat betekent dat de bewoner niet meer in staat is om zich uit te drukken of om zelf beslissingen te nemen, bijvoorbeeld bij coma of bij vergevorderde dementie. De (huis)arts oordeelt hierover in overleg met het zorgteam. Zolang de bewoner in staat is zijn/haar rechten zelf uit te oefenen, moet hij/zij de vertegenwoordiger schriftelijk aanduiden. Deze aanduiding kan op elk moment schriftelijk worden herroepen, zowel door de bewoner als door de vertegenwoordiger.

De vertegenwoordiger kan gebruikmaken van de volgende rechten:

- het recht op informatie;
- het recht om een interventie te aanvaarden of te weigeren;
- het recht op vrije keuze van een behandelaar;
- het recht om het medische dossier van de bewoner te raadplegen;
- het recht om een klacht in te dienen wanneer deze rechten niet gerespecteerd worden.

De vertegenwoordiger moet de wil van de bewoner respecteren en vertolken. Hij kan dus nooit handelen in strijd met de wilsverklaring van de bewoner over het aanvaarden of weigeren van een behandeling.

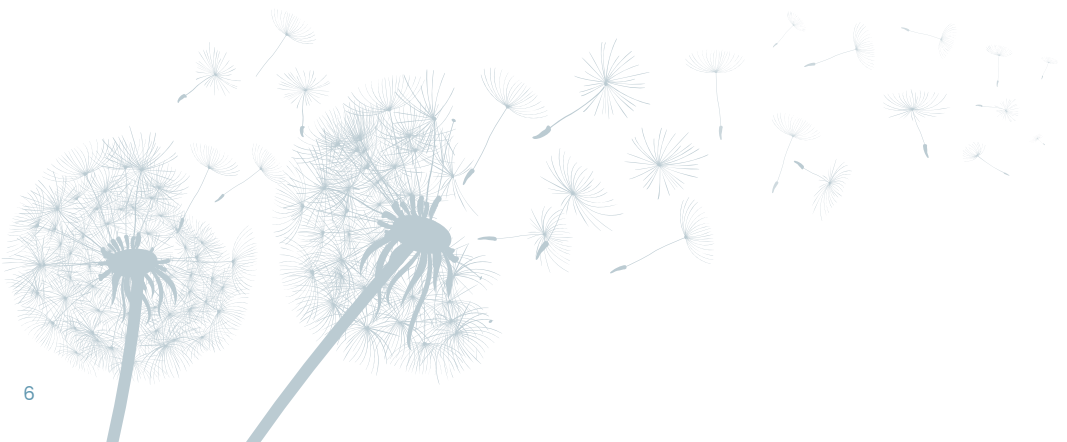
Wanneer er geen vertegenwoordiger is aangeduid, gaat het zorgteam eerst na of er **een bewindvoerder** is aangesteld. Als dat niet het geval is, vraagt het team aan de echtgeno(o)t(e) of aan de wettelijke of feitelijke partner (met wie de bewoner vóór de opname in het woonzorgcentrum officieel samenwoonde) om als vertegenwoordiger op te treden.

Als deze persoon er niet is of deze rol niet wil opnemen, richt het zorgteam zich tot de kinderen, een ouder of een meerderjarige broer of zus van de bewoner.

Het recht op vertegenwoordiging komt in deze volgorde toe aan:

1. de door de bewoner aangeduide vertegenwoordiger;
2. de bewindvoerder van de bewoner;
3. de partner (echtgeno(o)t(e) of wettelijk/feitelijk samenwonende partner);
4. de kinderen;
5. een ouder (moeder of vader);
6. een meerderjarige broer of zus.

Deze personen zijn niet verplicht om deze rol op te nemen. De volgorde wordt gevolgd tot iemand bereid is om als vertegenwoordiger op te treden. Wanneer niemand deze taak wil opnemen, of wanneer er onenigheid ontstaat tussen personen van dezelfde rang, behartigt het multidisciplinaire team van het woonzorgcentrum de belangen van de bewoner.



Lichamelijke veranderingen en behandelingen

Drie grote groepen ziekten:

- **Neurodegeneratieve aandoeningen**, zoals de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie, Parkinson of ALS, evolueren doorgaans langzaam over meerdere jaren. Het overlijden is meestal niet rechtstreeks het gevolg van de ziekte zelf, maar van complicaties die ermee gepaard gaan. In de laatste levensfase ontstaan vaak toenemende problemen met eten en drinken en treden er terugkerende infecties op.
- **Kanker** kent vaak een wisselend verloop. Er kan een langere, relatief stabiele periode zijn, mede dankzij behandelingen, gevolgd door een fase van snelle achteruitgang met het levenseinde tot gevolg.
- **Lichamelijke achteruitgang** door veroudering of door het falen van bepaalde organen of functies. De algemene conditie neemt geleidelijk af en het lichaam wordt kwetsbaarder, waardoor herstel steeds moeilijker wordt.

De gezondheidstoestand van de bewoner hangt af van de lichamelijke conditie, het herstelvermogen, de wil om bepaalde behandelingen verder te zetten, de keuze om al dan niet te worden opgenomen in het ziekenhuis.

Drie groepen bewoners:

- Bewoners die kiezen voor een **maximale medische behandeling**, bijvoorbeeld reanimatie, opname op intensieve zorg of ingrijpende behandelingen met het oog op genezing of verlenging van het leven. In een woonzorgcentrum komt deze keuze relatief weinig voor.
- Bewoners die kiezen voor **comfortzorg** en afzien van levensverlengende behandelingen, zoals het (niet) opstarten of stopzetten van antibiotica, kunstmatige hydratatie, kunstmatige voeding of zuurstoftherapie. Bij opname is deze groep beperkt, maar wanneer het levenseinde nadert, groeit de voorkeur voor deze aanpak.
- Bewoners die kiezen voor **een gedeeltelijke behandeling**, waarbij sommige medische interventies wel en andere niet worden aanvaard. Deze keuze kan voortkomen uit persoonlijke overtuiging, uit angst of vanuit de wens om een bepaalde levenskwaliteit te behouden.

Binnen deze groep zijn er bewoners die:

- bij dringende problemen nog in het ziekenhuis opgenomen willen worden voor onderzoek of behandeling;
- medische opvolging aanvaarden enkel wanneer die ambulant kan gebeuren, zoals via daghospitalisatie of raadpleging bij een specialist.

Afhankelijk van de **gemaakte zorgkeuzes** zullen bepaalde behandelingen wel en andere niet worden opgestart. Deze afspraken vormen een belangrijke leidraad voor de behandelende artsen, maar ook voor de artsen van wacht, die soms in dringende situaties complexe beslissingen moeten nemen.

Behandelingen

Sommige **behandelingen**, zoals sondes, zuurstoftherapie of kunstmatige voeding en hydratatie, kunnen als belastend of oncomfortabel worden ervaren. Ze zijn vaak gericht op levensverlenging, maar dragen niet altijd bij aan het comfort of de levenskwaliteit van de bewoner. De beslissing om behandelingen stop te zetten wordt meestal genomen wanneer het lichaam duidelijk aangeeft dat zijn grenzen bereikt zijn.

1. Beademing en ademhalingsondersteuning

Bij bepaalde aandoeningen, zoals chronisch longlijden, dementie, aderverkalking of hartfalen, kunnen ademhalingsproblemen in de laatste levensfase meer op de voorgrond treden. Slikproblemen kunnen ervoor zorgen dat voedsel of drank in de luchtwegen terechtkomt, wat het risico op longontstekingen verhoogt. Daarnaast kan het moeilijker worden om slijmen op te hoesten, en kunnen herhaalde longontstekingen optreden.

Antibiotica kunnen infecties vaak tijdelijk verbeteren. Er kan echter een moment komen waarop de kans op herstel kleiner wordt en nieuwe infecties zich sneller voordoen.

In die fase richten **behandelingen** zich vooral op **comfort**, bijvoorbeeld door het toedienen van extra zuurstof, morfine of angstremmers bij benauwdheid en onrust. In sommige situaties kan ook palliatieve sedatie worden overwogen.

Ook comfortgerichte behandelingen hebben soms hun **grenzen**. Het opzuigen van slijm kan belastend of weinig doeltreffend zijn en in sommige gevallen zelfs extra slijmvorming uitlokken. Het toedienen van zuurstof biedt in de terminale fase niet altijd bijkomend comfort en kan het leven soms

verlengen zonder dat het comfort toeneemt. Voor naasten kan dit aanvoelen alsof het afscheid wordt uitgesteld.

Een verhoging van morfine of angstmiddelende medicatie kan het bewustzijn verminderen. Dat kan de communicatie tussen de bewoner en zijn naasten beïnvloeden. Daarom worden deze keuzes steeds zorgvuldig afgewogen, met aandacht voor comfort en waardigheid.

2. Voeding/hydratatie

De omgang met voeding kan in de laatste levensfase complexer worden.

Kunstmatige voeding kan in sommige situaties tijdelijk ondersteuning bieden, bijvoorbeeld om ondervoeding tegen te gaan of om wonden beter te laten genezen. Gaandeweg verschuift de aandacht echter van kwantiteit naar kwaliteit van leven.

Eerder **voorgeschreven diëten** (vetarm, zoutarm, diabetisch dieet ...) worden vaak losgelaten. De voeding wordt aangepast in vorm en consistentie (bijvoorbeeld gemixt of met verdikte dranken), met meer aandacht voor smaak en eetplezier.

In een **vergevoerd stadium** is het lichaam soms niet langer in staat om voeding goed te verwerken en vermindert het hongergevoel. Het toedienen van kunstmatige voeding en hydratatie kan dan belastend zijn en niet langer bijdragen aan het comfort. Het stopzetten ervan kan nu soms meer comfort bieden. Dat betekent niet dat men 'iemand laat verhongeren', maar dat men het natuurlijke verloop respecteert en het comfort centraal stelt.

3. Hospitalisatie

De medische opvolging en behandelmogelijkheden zijn in een ziekenhuis uiteraard uitgebreider dan in het woonzorgcentrum. Ze richten zich meestal op levensverlengende behandelingen.

In het woonzorgcentrum ligt in een vergevoerd stadium van de ziekte de nadruk vaker op comfort en levenskwaliteit. Sommige bewoners kiezen dan om geen ziekenhuisopname meer te ondergaan, bijvoorbeeld uit vrees voor een onpersoonlijke benadering, een langdurige afwezigheid uit hun vertrouwde omgeving of het risico om niet in hun eigen kamer te kunnen overlijden.

Voor bewoners met cognitieve kwetsbaarheid of desoriëntatie kan een ziekenhuisopname extra belastend zijn. De verandering van omgeving kan leiden tot meer verwardheid, onrust of angst. Ook de terugkeer naar het woonzorgcentrum verloopt soms moeilijk, zowel fysiek als emotioneel.

De beslissing om al dan niet over te gaan tot hospitalisatie vraagt telkens een zorgvuldige afweging van de mogelijke voor- en nadelen, in functie van de medische toestand, de wensen van de bewoner en de bredere context. Centraal staat wat op dat moment het meest bijdraagt aan comfort, welzijn en waardigheid.



DE LAATSTE MOMENTEN VAN HET LEVEN: MEDISCHE MOGELIJKHEDEN

In de laatste levensfase is iemand vaak verzwakt door leeftijd, ziekte of medische behandelingen. Het lichaam wordt kwetsbaarder en herstelt minder makkelijk. Verschillende lichaamsfuncties vertragen geleidelijk en sommige organen werken minder goed. Uiteindelijk bereidt het lichaam zich voor op het overlijden. Vaak glijdt de bewoner in een diepe slaap of coma, waardoor contact maken uiteindelijk niet meer mogelijk is.

Kan iemand in deze fase nog horen wat er gezegd wordt? Is hij of zij zich nog bewust van de omgeving? Daarover bestaat geen zekerheid. Daarom blijft een respectvolle en rustige aanwezigheid belangrijk, zowel in wat er gezegd wordt als in hoe we fysiek nabij zijn.

In veel gevallen verandert ook de ademhaling. Ze wordt trager en onregelmatiger, met soms langere pauzes tussen twee ademhalingen (apneus). Voor naasten kunnen dit intense momenten zijn van wachten en observeren, in het besef dat het einde nabij is.

Ook in deze laatste fase blijven zorgverleners waken over comfort en waardigheid. Pijn en ongemak worden zo goed mogelijk verlicht, en er is aandacht voor rust, nabijheid en ondersteuning van de familie.

In de laatste levensfase kunnen verschillende medische beslissingen aan bod komen. Het doel van de zorg verschuift naar comfort en levenskwaliteit. Afhankelijk van de situatie, de wensen van de bewoner en de medische context kunnen verschillende vormen van begeleiding en zorg worden overwogen.

Palliatieve zorg

1. Comfortzorg

De zorg richt zich op het welzijn van de bewoner en op het zo aangenaam mogelijk maken van de tijd die nog rest, zodat een rustige overgang mogelijk wordt. Klachten zoals pijn, kortademigheid, onrust of angst worden behandeld zodat

de bewoner zo weinig mogelijk ongemak ervaart.

Onderzoeken en medische handelingen, zoals temperatuur- of bloeddrukmetingen, worden minder belangrijk en zoveel mogelijk beperkt.

2. Palliatieve sedatie

Palliatieve sedatie kan enkel door een behandelende arts worden beslist en opgestart wanneer er sprake is van refractaire symptomen. Dat zijn klachten die ondanks behandeling niet onder controle raken, zoals ernstige ademnood, longoedeem, obstructie of moeilijk te verlichten pijn of angst.

De beslissing wordt genomen in overleg met de bewoner en met zijn of haar geïnformeerde toestemming. Wanneer de bewoner dit zelf niet meer kan aangeven, gebeurt dit in overleg met de vertegenwoordiger en in dialoog met de familie.

De bewoner wordt in een diepe slaap gebracht, zodat hij of zij de pijn en het ongemak niet meer ervaart. In deze fase wordt de zorg verder afgestemd op comfort.

Het contact met de bewoner valt weg, wat voor naasten emotioneel moeilijk kan zijn. Tussen het starten van de sedatie en het overlijden kan nog enige tijd verlopen.

Euthanasie

1. Wat is euthanasie?

Euthanasie is 'het opzettelijk en actief levensbeëindigend handelen door een arts, op uitdrukkelijk verzoek van de betrokken persoon'.

Belangrijk: de vraag naar euthanasie moet **altijd** van de **bewoner zelf** komen.

Wat is **geen** euthanasie:

- het nalaten of stopzetten van een curatieve of levensverlengende behandeling;
- het weigeren van een behandeling door de bewoner: zolang hij of zij wilsbekwaam wordt geacht, heeft hij of zij het recht om een behandeling te weigeren, ook wanneer dit het leven mogelijk verkort;
- behandelingen bij een ongeneeslijke ziekte die gericht zijn op het verbeteren van de levenskwaliteit en het comfort van de bewoner (palliatieve zorg en palliatieve sedatie).

Een vraag naar euthanasie is meestal een uiting van lijden, lichamelijk en/of



mentaal. Achter deze vraag kunnen verschillende redenen schuilgaan zoals hevige pijn, onrust, angst voor toenemend lijden of de vrees om later niet meer zelf te kunnen beslissen. Daarom is het belangrijk om in de eerste plaats naar de bewoner te luisteren, want dat is vaak wat hij/zij het meest nodig heeft.

Er wordt altijd eerst gezocht naar mogelijkheden om het lijden te verlichten. Wanneer deze onvoldoende zijn, kan euthanasie uiteindelijk als een mogelijke keuze worden overwogen binnen het wettelijk kader.

Voor naasten is het vaak niet eenvoudig om een vraag tot actieve levensbeëindiging van een familielid te aanvaarden.

2. Wie kan euthanasie aanvragen?

Sinds 2002 kan in België iedere meerderjarige persoon een euthanasieaanvraag doen, op voorwaarde dat hij/zij wilsbekwaam is en zelf bewust kan beslissen. Het verzoek moet vrijwillig en weloverwogen zijn en mag niet tot stand komen onder externe druk. De vraag moet bovendien meermaals worden herhaald. Niemand kan deze beslissing in de plaats van de betrokken persoon nemen.

De patiënt moet zich in een medisch uitzichtloze toestand bevinden waarbij er sprake is van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat met de huidige medische mogelijkheden niet voldoende kan worden verlicht. Daarom is het belangrijk dat een euthanasieverzoek wordt besproken in een periode van stabiliteit, waarin de symptomen en of klachten zo goed mogelijk worden behandeld of gecontroleerd en de patiënt zich veilig voelt.

3. Wilsverklaring inzake euthanasie

Wanneer iemand zich in een permanente en onomkeerbare toestand van bewusteloosheid bevindt, kan hij/zij zijn/haar wensen niet meer zelf uitdrukken. In dat geval kan een euthanasieverzoek alleen worden overwogen wanneer er vooraf een schriftelijke wilsverklaring euthanasie werd opgesteld. Deze verklaring moet eerder door de patiënt zelf zijn opgesteld, in aanwezigheid van twee getuigen.

Een wilsverklaring euthanasie opgesteld, herzien of herbevestigd na de wetswijziging van 2 april 2020, blijft levenslang geldig en moet dus niet meer om de 5 jaar hernieuwd worden. Wilsverklaringen opgesteld vóór de wetswijziging worden niet automatisch 'omgezet': zij vallen onder de 'oude' regelgeving en moeten nog (een laatste keer) worden herbevestigd, daarna gelden ze levenslang.

De verklaring kan worden geregistreerd bij de gemeente, zodat artsen ze, indien nodig, kunnen raadplegen.

4. Wanneer kan een arts euthanasie weigeren?

Wanneer een patiënt niet aan de wettelijke voorwaarden voldoet, kan een arts de procedure niet opstarten. Doet hij dat toch, dan riskeert hij gerechtelijke en professionele sancties.

De wet bepaalt ook dat een arts om persoonlijke redenen een euthanasieverzoek kan weigeren, zelfs wanneer aan de wettelijke voorwaarden is voldaan. Dat kan bijvoorbeeld wanneer de vraag ingaat tegen zijn eigen waarden of overtuigingen of wanneer hij hier om persoonlijke redenen niet op kan ingaan.

In dat geval moet de arts de patiënt hierover informeren en de redenen van zijn weigering toelichten. Hij moet de patiënt ook doorverwijzen naar een andere arts. De patiënt of zijn vertegenwoordiger kan eveneens zelf een andere arts aanspreken. Ook deze arts moet uiteraard alle wettelijke voorwaarden en procedures rond euthanasie respecteren.

Omgaan met een naderend afscheid

Jammer genoeg bestaat er geen handleiding die voorschrijft wat je kan zeggen of doen in deze situatie. Iedereen wordt op zijn eigen manier geconfronteerd met het verdriet van een naderend afscheid. Die gevoelens zijn heel persoonlijk en iedereen beleeft ze anders. Het is belangrijk om dat te respecteren.

Er kunnen nu veel vragen rijzen. Wanneer neem je afscheid? Laat je je emoties de vrije loop? Wat met spijt over bepaalde zaken of met conflicten uit het verleden? Wil je nog vragen stellen of antwoorden krijgen, of is het net moeilijk om daarover te praten?

Op al deze vragen bestaat geen eenduidig antwoord. Iedereen gaat hier op zijn eigen manier mee om. Ook voor de stervende is dit een bijzondere en vaak intense periode. Soms is er nog ruimte voor een gesprek, soms niet meer.

Als je het verlangen voelt en de kracht hebt om bij je naaste te zijn, kan het helpend zijn om te doen wat jullie altijd samen deden. Voor sommigen betekent dat samenzijn zonder veel woorden, voor anderen samen iets eten of herinneringen ophalen.

Soms kunnen kleine dingen veel betekenen: zachte muziek opzetten, een



vertrouwde geur gebruiken, een hand vasthouden, een massage geven of gewoon rustig nabij zijn. Activiteiten waar de bewoner vóór zijn ziekte van genoot, kunnen ook in deze fase nog troost en herkenning bieden.

Vaak volstaat het om gewoon aanwezig te zijn. Een hand vasthouden, samen stil zijn of nog enkele woorden van dank, liefde of afscheid delen, kan veel betekenen. Ook stilte kan waardevol zijn.

Palliatieve begeleiding in het woonzorgcentrum

Veel bewoners geven aan dat ze graag willen sterven in het woonzorgcentrum waar ze verblijven. Daarom wordt er veel aandacht besteed aan stervensbegeleiding, palliatieve – en terminale zorg binnen het woonzorgcentrum zelf. Verschillende **medewerkers van het zorgteam** hebben een opleiding in palliatieve zorg gevolgd of beschikken over ruime ervaring in deze begeleiding.

Daarnaast kan het woonzorgcentrum samenwerken met een **extern team** dat hierin gespecialiseerd is. Dit team beschikt over een ruime expertise in comfortzorg en herkent de signalen die erop wijzen dat het levenseinde nadert. Het ondersteunt het zorgteam en geeft advies wanneer dat nodig is. Ook bewoners en hun familie kunnen in deze vaak emotionele en complexe periode op hun begeleiding rekenen.

Als familielid of naaste kan je uiteraard **waken bij de bewoner** en als je dat wenst, ook overnachten. Niet alle woonzorgcentra kunnen een extra bed aanbieden, maar je mag altijd, afhankelijk van de beschikbare plaats, eigen materiaal meebrengen of in een zetel slapen. Je kan er ook voor kiezen om, op eigen kosten, een beroep te doen op een ziekenoppasser.

Bespreek dit zeker met het zorgteam zodat jullie samen naar de meest passende oplossing kunnen zoeken.

Na het overlijden

Wanneer een bewoner overlijdt en de arts het overlijden heeft vastgesteld, verwittigt het woonzorgcentrum de familie of de naasten. Dit kan zowel overdag als 's nachts gebeuren, afhankelijk van de vooraf gemaakte afspraken.

Een medewerker vraagt aan de familie en naasten of ze de overledene nog willen zien om afscheid te nemen. Daarvoor mag rustig de tijd worden genomen.

Het woonzorgcentrum verwittigt vervolgens een begrafenisondernemer naar keuze, die het lichaam komt ophalen nadat er afscheid is genomen. Wanneer er geen voorkeur is, wordt een begrafenisondernemer gecontacteerd met wie het woonzorgcentrum samenwerkt. Deze neemt nadien contact op met de familie of de naasten om de praktische zaken te regelen, zoals de rouwbrief en de organisatie van de seculiere of religieuze plechtigheid.

Het overlijdensbericht wordt aan een herdenkingshoekje in het woonzorgcentrum uitgehangen. Regelmatig wordt er een moment van bezinning of herdenking georganiseerd. Dat biedt bewoners de kans om met elkaar te praten over het verlies, maar ook om stil te staan bij de mooie momenten die zij samen met de overledene hebben beleefd.

Ook na het overlijden blijft het zorgteam beschikbaar voor vragen of ondersteuning.





ONDERSTEUNENDE ORGANISATIES BIJ HET LEVENSEINDE IN VLAANDEREN EN BRUSSEL

VLAANDEREN

Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw

Luchthavenlaan 10 – 1800 Vilvoorde
02 255 30 40 – info@palliatief.be

REGIONALE NETWERKEN

Palliatieve zorg Westhoek–Oostende vzw

Stovestraat 2A – 8600 Diksmuide
051 51 98 00 – info@palliatieve.be

Heidehuis vzw (Noord-West-Vlaanderen)

Fazantendreef 11 – 8200 Sint Michiels
050 40 61 50 – info@heidehuis.be

De Mantel vzw (Midden West-Vlaanderen)

Brugsesteenweg 90 – 8800 Roeselare
051 24 83 85 – info@demantel.net

Palliatieve zorg Zuid-West-Vlaanderen vzw

President Kennedypark 2 – 8500 Kortrijk
056 63 69 50 – zuidwestvlaanderen@palnet.be

Palliatieve zorg Gent-Eeklo vzw

Hendrik Consciencelaan 73, 9950 Waarschoot
09 218 94 01 – npz.genteeklo@palliatieve.org

Netwerk levenseinde vzw (Zuid-Oost-Vlaanderen)

Meerspoort 30 – 9700 Oudenaarde
055 20 74 00 – info@netwerklevenseinde.be

Palliatieve zorg Waasland vzw

Rozenlaan 17 bus 2 - 9111 Belsele
03 776 29 97 - info@npzw.be

Palliatieve zorg Regio Dender

Herdersem - Dorp 2 - 9310 Herdersem
053 21 40 94 - info@npzadn.be

Omega vzw (Brussel-Halle-Vilvoorde)

J. Vander Vekenstraat 158 - 1780 Wemmel
02 456 82 07 - info@palliatiefnetwerkomega.be

Panal vzw (Leuven)

Waversebaan 220 - 3001 Heverlee
016 23 91 01 - vragen@panal.be

PNM vzw (Mechelen)

Westzavelland 42 - 2830 Willebroek
015 41 33 31 - info@pnmechelen.be

PHA vzw (Antwerpen)

Gouverneur Kingsbergencentrum
Doornstraat 331 - 2610 Wilrijk
03 375 80 75 - pha@uantwerpen.be

Coda Netwerk Palliatieve zorg vzw (Noorderkempen)

Bredabaan 743 - 2990 Wuustwezel
03 432 78 50 - netwerk@coda.care

Ispahan vzw (Turnhout)

Patersstraat 85 bus 1 - 2300 Turnhout
014 42 66 02 - info@npzispahan.be

Pallion vzw - (Limburg)

Universiteitslaan 3 - 3500 Hasselt
011 81 94 74 - info@pallion.be

BRUSSEL

Brusano – Platform palliatieve zorg Brussel

Breydelstraat 40 – 1040 Brussel

02 880 29 80 – info@brusano.brussels

Brusselse Federatie voor Palliatieve en Continue Zorg vzw

Landbouwersstraat 30 – 1040 Brussel

+32 2 648 04 02 – info@fbsp-bfpz.be

Euthanasie

LEIF

LevensEinde InformatieForum – Wim Distelmans

Een waardig levenseinde voor iedereen

J. Vander Vekenstraat 158 – 1780 Wemmel

078 15 11 55 – www.leif.be



NOTITIES

