

EUTHANASIE IN DE PSYCHIATRIE

RICHTLIJNEN VOOR DE PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE IN HET BIJSTAAN
EN BEGELEIDEN VAN EEN PATIËNT MET EEN PSYCHIATRISCHE STOORNIS BIJ
DIENS VERZOEK OM EUTHANASIE

Promotor: Mevrouw F. Craeghs
 Mevrouw L. Thienpont
Academiejaar: 2009 – 2010

Bachelorproef voorgedragen door:
 Annick KESTELEYN
tot het bekomen van de graad van
Bachelor in de verpleegkunde.

Abstract

Het ligt niet voor de hand om te beoordelen of psychiatrische patiënten met een verzoek om euthanasie voldoen aan de wettelijke voorwaarden voor euthanasie. In het theoretische deel wordt eerst het wettelijk kader besproken en komen vervolgens uiteenlopende ethische visies aan bod.

In een meer praktijkgericht deel worden een aantal algemene invalshoeken besproken voor de benadering van patiënten met een verzoek om euthanasie. Dit wordt ten slotte verder uitgewerkt tot een specifiek voorstel over de manier waarop psychiatrisch verpleegkundigen psychiatrische patiënten met een vraag om euthanasie op basis van ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden op een professionele manier kunnen begeleiden.

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF	6
INLEIDING	7
1 WAT IS EUTHANASIE?	11
1.1 Begrippenkader	11
1.1.1 Euthanasie	11
1.1.2 Hulp bij zelfdoding	11
1.1.3 Actieve / passieve euthanasie	12
1.1.4 Auto-euthanasie	12
1.2 Euthanasie en de Belgische wetgeving	12
1.2.1 De euthanasiewet in een notendop	12
1.2.1.1 Algemene bepalingen	13
1.2.1.2 Voorwaarden en procedure	13
1.2.1.3 De wilsverklaring	14
1.2.1.4 De aangifte	14
1.2.1.5 De Federale Controle- en Evaluatiecommissie	14
1.2.1.6 Bijzondere bepalingen	14
1.2.2 Valt hulp bij zelfdoding ook onder de euthanasiewet?	15
1.3 Euthanasie en de wettelijke bepalingen in het buitenland	16
1.3.1 Wettelijke bepalingen omtrent euthanasie in het buitenland	16
1.3.1.1 Algemeen	16
1.3.1.2 Legale hulp bij zelfdoding in Zwitserland	16
1.3.2 De euthanasiewet in Nederland	16
1.3.3 De opvallendste verschillen tussen de Belgische en de Nederlandse wetgeving	17
1.3.4 De euthanasiewet in Luxemburg	19
1.4 Welke specifieke problemen doen zich voor bij de toepassing van de euthanasiewet in de geestelijke gezondheidszorg?	20
1.4.1 Handelings- en wilsbekwaamheid van de patiënt	20
1.4.2 Vrijwilligheid van het verzoek	21
1.4.3 Medische uitzichtloosheid	21
1.4.4 Ondraaglijk psychisch lijden	22
1.4.5 Psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden	23
1.4.6 Psychisch lijden dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening	23
1.4.7 De wilsverklaring	24
1.4.8 Besluit	24
1.5 Prevalentie	25
1.5.1 Euthanasie bij niet-somatische aandoeningen	25
1.5.2 Gegevens uit de praktijk	25
1.6 Waar de vraag om euthanasie en de suicidaliteit elkaar kruisen	27
1.6.1 Suicidaliteit versus de vraag om euthanasie	27
1.6.2 Geeft een geweigerde euthanasievraag aanleiding tot zelfmoord?	28
1.6.3 Familie en nabestaanden	29

2	UITEENLOPENDE VISIES IN VERBAND MET EUTHANASIE BIJ MENSEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING.....	32
2.1	Autonomie en beschermwaardigheid van het leven: een christelijk-ethische visie	33
2.1.1	Caritas Catholica Vlaanderen.....	33
2.1.1.1	Autonomie als fundamentele waarde.....	33
2.1.1.2	Euthanasie bij niet-terminale patiënten.....	34
2.1.2	Provinciaaloot der Broeders van Liefde	34
2.1.2.1	Euthanasiestandpunt.....	35
2.1.2.2	Begeleiden van de patiënt	36
2.1.2.3	De zorgrelatie uitbouwen	36
2.1.2.4	De aanhoudende euthanasievraag verhelderen	37
2.1.2.5	Verwijzen naar een andere zorgeenheid.....	37
2.1.2.6	Een spanningsveld in de zorgverlening	37
2.1.2.7	Continuïteit van de zorgrelatie	38
2.2	Autonomie en zelfbeschikking: een humanistisch-ethische visie.....	38
2.2.1	De ethiek van het waardige stervensrecht	38
2.2.1.1	Eerbied voor de waardigheid van de menselijke persoon.....	39
2.2.1.2	Nutteloos en uitzichtloos lijden kunstmatig in stand houden is immoreel.....	39
2.2.1.3	Persoonlijk zelfbeschikkingsrecht over leven en sterven.....	40
2.2.1.4	Bereidheid om stervenshulp te bieden	40
2.2.1.5	Het non-discriminatiebeginsel	41
2.3	Euthanasie als ultieme mogelijkheid: een medisch-ethische visie	41
2.3.1	Levenshulp	42
2.3.2	Het principieel weigeren van hulp bij zelfdoding	43
2.3.3	Hulp bij zelfdoding	43
2.4	Palliatie in de psychiatrie	44
2.4.1	Wat is palliatieve psychiatrie?	44
2.4.2	De functie en de betekenis van hoop in uitzichtloos lijden	45
3	PRAKTIJKGERICHTE AANDACHTSPUNTEN IN VERBAND MET EUTHANASIE BIJ MENSEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING	49
3.1	Casussen	49
3.1.1	Casus Johanna (40 jaar)	50
3.1.2	Casus Paul (33 jaar).....	51
3.2	Persoonlijke waarden en normen versus professionele attitude.....	53
3.3	Competenties en vaardigheden voor professionele hulpverlening aan psychiatrische patiënten met een vraag om euthanasie.....	54
3.3.1	Een communicatiemodel rond euthanasie op de palliatieve eenheid	55
3.3.1.1	Vragen voor de patiënt	56
3.3.1.2	Vragen voor de familie van de patiënt	57
3.3.1.3	Leidraad voor interdisciplinair overleg.....	58
3.3.2	Professionele attitudes in de omgang met suicidale patiënten	58
3.3.2.1	Basishouding	59
3.3.2.2	Praktische aandachtspunten en interventies in acute situaties	59
3.3.2.3	Communicatie	59

3.3.3	De presentiebenadering	61
3.3.3.1	Basiskenmerken	62
3.3.3.2	Aandacht en relatie centraal	62
3.3.3.3	De latende modus.....	63
3.3.3.4	Niet verlaten.....	63
3.3.4	De Rogeriaanse benadering	64
3.3.4.1	De trias van Rogers.....	64
3.3.4.2	Actief luisteren	65
3.3.5	Een eigen voorstel met aandachtspunten voor professionele hulpverlening aan psychiatrische patiënten met een vraag om euthanasie	65
3.3.5.1	Algemene aandachtspunten.....	66
3.3.5.2	Aandachtspunten in een concrete situatie	67
3.4	Het besluitvormingsproces rond een verzoek om euthanasie	68
3.5	Belangenverenigingen en opmerkelijke initiatieven in België en Nederland	71
3.5.1	Belangenverenigingen.....	71
3.5.1.1	RWS: Recht op Waardig Sterven (België).....	71
3.5.1.2	LEIF: LevensEinde InformatieForum (België)	72
3.5.1.3	NVVE: Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig LevensEinde (Nederland).....	73
3.5.2	Opmerkelijke initiatieven.....	73
3.5.2.1	Vonkel (België).....	73
3.5.2.2	De Einder (Nederland).....	74
3.5.2.3	Het Klaverblad (Nederland)	75
	BESLUIT.....	77
	LITERATUURLIJST	79
	BIJLAGEN.....	85
Bijlage A	Wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002 (Belgisch Staatsblad van 22 juni 2002).....	86
Bijlage B	Vragenlijst ATTS (Attitudes Towards Suicide)	92
Bijlage C	Beslissingsboom voor hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).....	97

Woord vooraf

Dit eindwerk is een hoogtepunt en een sluitstuk van mijn opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige. Het heeft veel van mijn tijd en energie in beslag genomen. Maar het schrijven van dit eindwerk was beslist onmogelijk geweest zonder de steun en hulp van anderen. Ik wil hierbij dan ook enkele mensen bedanken.

Ik dank in het bijzonder mijn interne promotor Francine Craeghs. Haar dank ik oprecht voor het opvolgen van dit eindwerk, haar feedback en niet aflatende stimulerende houding.

Niet in het minst gaat mijn dank ook uit naar mijn externe promotor Lieve Thienpont voor de aangename samenwerking. Haar kennis, aanwijzingen en constructieve commentaar waren van onschatbare waarde voor mij. Af en toe een vleugje humor maakte het thema van mijn eindwerk opmerkelijk minder zwaar om te verwerken. Ook Christine De Coninck van het UZ Gent wil ik danken voor haar bijdrage.

Speciale dank gaat ook uit naar Rita Van Driessche, coördinatrice van de opleiding, voor haar zorgzame aanwezigheid. Steeds aan de zijlijn als een geduldige supporter kreeg ik van haar alle vertrouwen, ruimte en mogelijkheden om mijn weg te gaan.

Tot slot wil ik mijn grootste dank betuigen aan mijn vriend Len. Zijn punctualiteit en taalvaardigheid hebben 'de puntjes op de i gezet' in een poging om alle onnauwkeurigheden in dit eindwerk weg te werken. Maar bovenal wil ik Len bedanken voor zijn onvoorwaardelijke steun en het vele geduld dat hij heeft opgebracht als ik weer eens niet wilde gestoord worden. Hij schonk mij de vrijheid om in opperste concentratie te kunnen werken, hij hield het vuur brandende en bood me de nodige steuntjes in de rug. Niet alleen tijdens het schrijven van dit eindwerk, maar tijdens mijn hele studie heb ik hem als erg nabij ervaren.

Rest me nog alle mensen te bedanken die ik niet heb vermeld maar die toch, elk op hun manier, een belangrijke bijdrage aan dit eindwerk hebben geleverd. Hun welgemeende aanmoediging, van heel dichtbij of van veraf, heeft me erg gesteund.

Aan al deze mensen: van harte bedankt!

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

Gent, mei 2010

Inleiding

Het moet een jaar geleden zijn geweest dat het 'onderwerp' van mijn bachelorproef me toch wel even uit evenwicht bracht. Ik herinner het mij alsof het gisteren was...

Ik liep stage als tweedejaarsstudent op een afdeling psychosenzorg, waar ik Dirk ontmoette, een jonge man van 32 jaar die leed aan schizofrenie. 'Lijden' is hier zeker het meest treffende woord om de toestand waarin hij verkeerde samen te vatten. Dirk kende immers langdurige psychotische perioden die zich (steeds minder) afwisselden met heldere momenten waarbij hij zich volledig bewust leek te zijn van de aftakeling die langzaam maar zeker bezit van hem nam en die hem steeds verder deed afglijden, weg van de realiteit. Uit alles wat hij deed of zei sprak een onnoemelijke droefheid. Hij kon uren plat in het gras liggen staren naar de hemel of helemaal in zichzelf gekeerd in foetushouding wegkruipen in zijn bed. Hij wilde niet meer leven en dat gaf hij ook duidelijk te kennen door systematisch bij de verpleging om 'een spuitje' te vragen.

Dirk bleek slecht te reageren op de antipsychotica die hem tot dan toe werden voorgeschreven. De psychiater wond er geen doekjes om: hij was stilaan aan het einde van de lijst met de beschikbare geneesmiddelen die Dirk zouden kunnen helpen, en dus werd toevlucht gezocht in algemeen sederende middelen in combinatie met antidepressiva om Dirks geest enkele momenten van rust te gunnen.

Hoewel de verpleegkundigen heel zorgvuldig met hem omgingen, viel het me steeds weer op hoezeer de concrete vraag van Dirk om euthanasie werd genegeerd. Toen ik vroeg aan mijn mentor of hierover met Dirk zelf werd gepraat, werd de vraag deskundig op een zijspoor gezet: "Annick, je ziet toch wel dat Dirk niet weet wat hij zegt?" kreeg ik te horen. Ook binnen het team bleef de vraag van Dirk onbespreekbaar en zodoende onbeantwoord.

Dirks aanblik bleef me diep treffen, maar zes weken lang ben ik er niet in geslaagd om op een gepaste manier te reageren, hem te steunen of echt contact met hem te houden.

Achteraf dacht ik vaak terug aan de aanhoudende vraag van Dirk, maar meer nog aan mijn onvermogen om te reageren. Was ik bang voor de doodswens die hij uitte? Waarom was ik niet in staat om met hem over zijn vraag om euthanasie te praten? Waarom beschikte ook het degelijk geschoolde personeel op de afdeling schijnbaar niet over de vaardigheden om Dirk nabij te blijven en begrip te tonen voor wat hem zoveel leed bezorgde? Soms leek het alsof niemand de betekenis van zijn vraag kon vatten en ook ikzelf beschikte over weinig concrete kennis over euthanasie, wat me nog veel onzekerder maakte in het contact met Dirk.

Het liet me maar niet los en er drongen zich vele vragen op. Ik moest en zou het thema 'euthanasie' bevattelijk maken en ik was vastbesloten om op zoek te gaan naar de juiste woorden daarvoor.

Vanuit deze persoonlijke ervaring ben ik op zoek gegaan naar beschikbare informatie over euthanasie. De zoektocht naar kennis, inhoud en betekenis kreeg langzaam vorm en dit

stimuleerde me gaandeweg om me een realistisch, beter beeld van de situatie te vormen. Ik hou er dan ook aan om in deze bespreking dezelfde structuur te hanteren als de weg die ik heb afgelegd. Weten waarover het gaat, vormt naar mijn gevoel immers een niet onbelangrijke voorwaarde om in de praktijk een bewuste, gerichte reactie te kunnen geven.

In het eerste hoofdstuk start ik met een afbakening van het thema. Aan de hand van de Belgische wetgeving geef ik vervolgens weer wat de legale mogelijkheden zijn in ons land met betrekking tot euthanasie, gevolgd door een overzicht van de opties in Nederland en Luxemburg. Hoewel euthanasie bij niet-terminale patiënten met een psychiatrische aandoening op basis van psychisch ondraaglijk en uitzichtloos lijden wettelijk mogelijk is, zijn er een aantal knelpunten die dit niet zo evident maken. Ook deze knelpunten worden één voor één nader toegelicht. Vervolgens tracht ik met cijfermateriaal een overzicht te geven van het voorkomen van een euthanasievraag bij mensen met een psychiatrische aandoening, om dan het hoofdstuk af te ronden met een duiding van de eventuele link tussen euthanasie en zelfdoding.

In het tweede hoofdstuk ga ik dieper in op de ethische kant van de zaak. Niet alles wat immers mogelijk is naar de letter van de wet is aanvaardbaar voor de hulpverlener, de patiënt of diens naaste omgeving. Heel wat visies, elk vanuit een andere invalshoek, zijn hierover uitgewerkt. De standpunten zijn niet goed of slecht; ze geven stof tot nadenken. De argumenten die worden gebruikt, nodigen uit om stil te staan bij de eigen waarden en normen, wat dan weer de mogelijkheid geeft om na te gaan welk standpunt men zelf kan innemen ten aanzien van euthanasie.

Het derde hoofdstuk bevat twee casussen waarmee ik de eerste twee hoofdstukken een stuk aanschouwelijker wil maken. Hoewel er in de literatuur voor de psychiatrisch verpleegkundige, die in aanraking komt met een euthanasievraag van een patiënt, geen pasklare protocollen of richtlijnen beschikbaar zijn, heb ik zelf een poging ondernomen om een aantal concrete aandachtspunten te formuleren. Deze aandachtspunten zijn gebaseerd op bestaande modellen die naar mijn aanvoelen ook van toepassing zijn op psychiatrische patiënten met een verzoek om euthanasie. Ze kunnen een houvast betekenen of een aanzet vormen tot verdere interpretatie en uitwerking.

Tot slot wil ik duidelijk stellen dat het niet mijn intentie is om algemene uitspraken te doen over de juistheid van het al dan niet toepassen van euthanasie op basis van psychisch lijden. De complexiteit en de gevoeligheid van dit thema vragen immers om een gerichte benadering, een multidisciplinaire aanpak en grondig overleg. Wel vind ik het gepast om ook de psychiatrisch verpleegkundige aan te moedigen om een duidelijke rol op te nemen, in overleg met het team maar ook in relatie tot de patiënt die hoe dan ook in nood verkeert.

HOOFDSTUK 1

WAT IS EUTHANASIE?

Eigen weg

De weg die het leven biedt
is voor mij onbegaanbaar.

Elke afslag die langskomt
probeer ik te nemen.

Maar steeds ga ik er voorbij.

Hoe verder ik wandel
hoe minder mensen
de energie kunnen opbrengen
om naast me te lopen.

Mijn pad begint steeds
meer en meer af te wijken
van die routes
die mijn vrienden nemen.

Nu het na een lange tocht
donker begint te worden
besef ik uiteindelijk
dat het enkel

dood kan lopen...

- anoniem -

1 Wat is euthanasie?

1.1 Begrippenkader

In de literatuur vindt men verschillende omschrijvingen van wat er wordt bedoeld met euthanasie. Hoewel al deze definities min of meer in dezelfde lijn liggen, zorgen kleine nuances vaak voor grote verwarring. Om deze verwarring tegen te gaan, is het van belang om duidelijkheid te scheppen door het begrip 'euthanasie' te definiëren en af te bakenen. Ook een aantal aanverwante termen worden hieronder verduidelijkt. Enkel de begripsverklaringen zoals weergegeven, zijn van toepassing in de verdere besprekingen.

1.1.1 Euthanasie

Het woord 'euthanasie' is uit het Grieks afgeleid en betekent oorspronkelijk niets anders dan goede (eu) dood (thanatos). Onder deze noemer valt dus alles wat kan bijdragen tot een goed, zacht en menswaardig sterven (Ten Have, Ter Meulen & Van Leeuwen, 2003). De definitie die wordt gehanteerd in het vervolg van deze tekst is de meer genuanceerde definitie die in de Belgische wetgeving is opgenomen:

“euthanasie is het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek”.

Het gaat dus om de actieve levensbeëindiging op verzoek van de betrokkene door een ander. In ons land mag enkel een arts deze handeling uitvoeren en wel onder strikte voorwaarden zoals die zijn vastgelegd in de Belgische euthanasiewet (zie 1.2.1). Hoe het euthanaticum (het middel dat wordt toegediend of ingenomen om een zachte en pijnloze dood te bewerkstelligen) moet worden ingenomen, wordt niet beschreven in de wet.

Euthanasie valt, indien aan alle wettelijke voorwaarden is voldaan, onder de noemer 'natuurlijke dood'.

1.1.2 Hulp bij zelfdoding

Distelmans (2008) definieert hulp bij zelfdoding als 'het, op uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene, verstrekken van middelen waarmee deze het leven, wanneer hij dit wil, humaan kan beëindigen'. Het verschil met euthanasie is dat de hulp niet verder gaat dan de betrokkene het middel te geven, dat hij vervolgens op een niet vooraf vastgesteld tijdstip inneemt.

Indien echter een arts het middel verstrekt en vervolgens ook aanwezig is op het moment dat de betrokkene het middel inneemt, dan valt dit volgens de Belgische wetgeving onder het begrip 'euthanasie', voor zover uiteraard aan alle wettelijke voorwaarden voor euthanasie is voldaan.

Hierbij moet worden benadrukt dat de arts de medische verantwoordelijkheid draagt en instaat voor een goed verloop met de dood van de patiënt tot gevolg (Distelmans, 2008). De vraag of hulp bij zelfdoding al dan niet strafbaar is, wordt nader toegelicht in punt 1.2.2.

1.1.3 Actieve / passieve euthanasie

Men spreekt van actieve euthanasie als de arts een medische ingreep uitvoert waardoor het leven beëindigd wordt. Hierbij gaat het om toediening van middelen met een levensverkortend effect of om middelen die de onmiddellijke dood tot gevolg hebben. Bij passieve euthanasie daarentegen ziet de arts af van een bepaalde behandeling (of stopt hij een behandeling) en van het gebruik van middelen om de levensduur van de betrokkene te verlengen.

1.1.4 Auto-euthanasie

Auto-euthanasie is een term die vrij recent werd geïntroduceerd door Boudewijn Chabot (psychiater) en die steeds vaker voorkomt in de literatuur. Onder de term 'auto-euthanasie' verstaat Chabot (2007) "het opzettelijk beëindigen van het eigen leven, of het bespoedigen van het naderende overlijden, in overleg met één of meer naasten". Veelal gebeurt dit door te stoppen met eten en drinken of door een overdosis slaapmiddelen in te nemen in combinatie met andere medicijnen. Het gaat hier niet om euthanasie omdat er geen arts bij betrokken is die dodelijke middelen (doelbewust) verstrekt en/of toedient. Volgens Chabot gaat het ook niet om zelfdoding omdat er overleg is met familie en vrienden, terwijl zelfdoding veelal in eenzaamheid plaatsvindt.

1.2 Euthanasie en de Belgische wetgeving

Beslissingen rond euthanasie roepen veel ethische vragen op. Vele artsen zijn van mening dat bij de uitoefening van hun beroep ethische principes dienen te primeren op wetgeving. Hoewel de gewetensvrijheid van elke arts te allen tijde dient te worden gerespecteerd, kan men er niet omheen dat er in België een op democratische wijze tot stand gekomen wetgeving is rond euthanasie. Er kunnen dan ook geen beslissingen worden genomen die strijdig zijn met deze wet. De wet geeft met andere woorden de grenzen aan waarbinnen gehandeld mag/kan worden. Hieronder wordt een kort overzicht van deze wet gegeven.

1.2.1 De euthanasiewet in een notendop

De wet betreffende de euthanasie is in ons land officieel in voege getreden op 28 mei 2002. De integrale wettekst is opgenomen in bijlage A.

1.2.1.1 Algemene bepalingen

Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.

1.2.1.2 Voorwaarden en procedure

1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat:
 - de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek
 - het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk
 - de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening
 - hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.
2. In alle gevallen is het verplicht:
 - de patiënt voorafgaand in te lichten over zijn gezondheidstoestand en levensverwachting en de mogelijkheden van eventuele resterende behandeling of palliatieve verzorging
 - zich te vergewissen van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden en van de duurzaamheid van het verzoek van de patiënt
 - een andere, onafhankelijke arts te raadplegen, alsook het verplegend team en, zo de patiënt dit wil, de naaste familie.
3. Indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien:
 - een derde arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie
 - minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.
4. Het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf.
5. Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

1.2.1.3 De wilsverklaring

Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft:

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

1.2.1.4 De aangifte

De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het (daartoe bedoelde) volledig ingevulde registratiedocument aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie. Dit document bestaat uit twee delen. Het eerste deel moet door de arts worden verzegeld. Het bevat persoonlijke gegevens van de patiënt en de arts die in eerste instantie anoniem blijven voor de Commissie. Het tweede deel bevat in hoofdzaak gegevens aangaande de euthanasieprocedure en wat eraan voorafging.

1.2.1.5 De Federale Controle- en Evaluatiecommissie

Er werd een Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van deze wet. Deze Commissie bestaat uit zestien leden die worden aangewezen op basis van hun kennis en ervaring inzake de materie die tot de bevoegdheid van de Commissie behoort.

De Federale Controle- en Evaluatiecommissie stelt een registratiedocument op dat door de arts, telkens wanneer hij euthanasie toepast, ingevuld moet worden. De Commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is toegezonden. Zij gaat na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in deze wet. In geval van twijfel kan de Commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het eerste deel van het registratiedocument.

1.2.1.6 Bijzondere bepalingen

Het schriftelijk verzoek om euthanasie en de wilsverklaring hebben geen dwingende waarde. Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen of eraan mee te werken. Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt (of de eventuele vertrouwenspersoon) tijdig laten weten, waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht.

1.2.2 Valt hulp bij zelfdoding ook onder de euthanasiewet?

Wanneer de arts de volle verantwoordelijkheid blijft houden door een euthanaticum aan de patiënt te geven en erbij te blijven wanneer deze het euthanaticum inneemt, gaat het om euthanasie en moet aan alle voorwaarden van de wet worden voldaan. Als de arts een euthanaticum aan de patiënt geeft en deze het euthanaticum elders inneemt, gaat het om hulp bij zelfdoding. Dat is althans de interpretatie van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie en van de Orde van geneesheren (Nationale Raad, 2003).

Wettelijk is hulp bij zelfdoding in België niet geregeld en is het een handeling die onder het strafrecht valt. Hierover heerst echter heel wat verwarring. Zo wordt immers vaak geargumenteed dat zelfdoding volgens de Belgische strafwet niet strafbaar is, waardoor deelname aan of hulp bij dergelijke handelingen bijgevolg ook niet kan worden bestraft. Anderen kwalificeren hulp bij zelfdoding dan weer als het 'niet verlenen van hulp aan een persoon in nood' (artikelen 422bis en 422ter van het Belgische Strafwetboek). Iemand met intentie tot zelfdoding is in nood en geen hulp bieden aan iemand in nood is schuldig verzuim. Deze twee tegenstrijdige benaderingen zorgen voor heel wat verwarring en het gevolg is rechtsonzekerheid voor de Belgische arts bij hulp bij zelfdoding (Distelmans, 2008).

Aangezien hulp bij zelfdoding geen deel uitmaakt van de Belgische euthanasieregeling, hebben artsen en patiënten – als zij tenminste wettelijk beschermd wensen te blijven – noodgedwongen minder keuzemogelijkheid bij levensbeëindiging en komt de volle verantwoordelijkheid voor de uitvoering bij de arts te liggen. In de Nederlandse euthanasiewet is hulp bij zelfdoding wel opgenomen, wat rechtsonzekerheid zoals die in België bestaat, uitsluit.

Voorgaande beschouwingen rond 'hulp bij zelfdoding' zijn gebaseerd op de eerder beschreven definitie van het begrip (zie punt 1.1.2), namelijk het overhandigen van dodelijke middelen. Zo zijn eventuele andere varianten van concrete hulp, zoals bijvoorbeeld morele bijstand en aanwezigheid bij de uitvoering van zelfdoding, het geven van informatie over welke middelen effectief dodelijk zijn ... (Chabot, 2000), niet in de begripsbeschrijving opgenomen. Veel van deze vormen van 'hulp'-verlening situeren zich in een juridisch grijs gebied tussen strafbare en niet strafbare handelingen. Uit jurisprudentie valt af te leiden dat het bieden van morele bijstand, het geven van informatie over effectief dodelijke middelen en het aanwezig zijn bij de zelfdoding niet strafbaar zijn. De vraag is echter of de strafrechter dit altijd zo zal interpreteren, maar vooral of dergelijke bijstand in om het even welke situatie wel medisch-ethisch gerechtvaardigd is (Tholen, 2000).

1.3 Euthanasie en de wettelijke bepalingen in het buitenland

1.3.1 Wettelijke bepalingen omtrent euthanasie in het buitenland

1.3.1.1 *Algemeen*

België en Nederland, en sinds 2008 ook Luxemburg, zijn de enige drie landen in Europa met een euthanasiewet. Naast euthanasie, staat in de Nederlandse en Luxemburgse wet ook 'hulp bij zelfdoding' onder die bewoording vermeld. In ons land is dat niet het geval. Voor het overige is de wetgeving in de drie landen erg gelijklopend.

De Benelux neemt op dit gebied een unieke positie in, zowel binnen als buiten Europa. In andere Europese landen zijn er immers geen wettelijke bepalingen die euthanasie toelaten, waardoor de uitvoering ervan hoe dan ook strafbaar is. In Frankrijk, Spanje en Groot-Brittannië is zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding strafbaar. In Duitsland in principe ook, maar daar geldt een gedoogbeleid voor hulp bij zelfdoding. In Denemarken is hulp bij zelfdoding niet strafbaar.

1.3.1.2 *Legale hulp bij zelfdoding in Zwitserland*

In het Zwitserse wetboek van strafrecht is sinds het begin van de 19de eeuw een artikel van kracht dat hulp bij zelfdoding, zij het onrechtstreeks, legaliseert. Het bewuste wetsartikel luidt: "Iemand die uit eigen belang een ander tot zelfdoding overhaalt of hem of haar daarbij hulp biedt, wordt gestraft met ten hoogste vijf jaar dwangarbeid of gevangenisstraf". Met andere woorden, met uitsluiting van eigen belang, mag iedere Zwitserse burger, dus impliciet ook iedere arts, een persoon hulp verlenen bij een zelfgewilde levensbeëindiging (Janssens, 2004).

Sommigen zagen hierin wellicht een elegante manier om de euthanasieproblematiek op te lossen. Op basis van dit wetsartikel werden in de tachtiger jaren verschillende organisaties opgericht, zoals 'Dignitas' en 'Exit', die mensen hulp wilden bieden bij een vrijwillige levensbeëindiging. Tot op de dag van vandaag werd geen van deze organisaties vervolgd voor hun activiteiten omdat ze volgens de Zwitserse wet niets illegaals doen. Hoewel deze organisaties zeggen bepaalde regels en criteria te hanteren, zijn er geen concrete zorgvuldigheidseisen bij wet vastgelegd. Het Zwitsers hooggerechtshof heeft onlangs ingestemd met de vraag van Dignitas om ook psychiatrische patiënten in aanmerking te laten komen voor euthanasie. Ook buitenlanders kunnen sinds kort bij de Zwitserse organisatie terecht om 'geholpen' te worden.

1.3.2 De euthanasiewet in Nederland

Als eerste land ter wereld werd in Nederland op 28 november 2001 een wet goedgekeurd die euthanasie en hulp bij zelfdoding onder bepaalde voorwaarden toelaat. Tien jaar gedoogbeleid werd zo omgezet in harde wetgeving. Ondanks de goedkeuring van deze nieuwe wet blijven euthanasie en hulp bij zelfdoding onder het strafrecht vallen, maar er is nu wel een

'strafuitsluitingsgrond' voor artsen die zorgvuldig handelen. De zorgvuldigheidsregels staan uitdrukkelijk in de wet:

- het moet gaan om een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek van de patiënt
- de arts moet ervan overtuigd zijn dat het lijden uitzichtloos en ondraaglijk is en dat er geen andere redelijke oplossing meer is
- de patiënt moet goed geïnformeerd zijn
- de arts moet gesteund worden door een onafhankelijke collega
- de arts moet de levensbeëindiging zorgvuldig uitvoeren
- de arts moet de onnatuurlijke dood uitvoerig motiveren en melden aan de gemeentelijke lijkschouwer. (Merk op dat het, in tegenstelling tot de wet in België, hier wettelijk gezien een niet-natuurlijke dood betreft).

Een toetsingscommissie onderzoekt of alles zorgvuldig is verlopen. Als aan alle voorwaarden voldaan is, is de arts niet strafbaar.

De nieuwe wet geeft ook een wettelijk karakter aan de schriftelijke wilsverklaring. In zo'n verklaring kunnen mensen aangeven in welke omstandigheden ze euthanasie willen. Deze wilsverklaring is bedoeld voor het geval dat iemand in een toestand terechtkomt waarin hij niet meer in staat is zijn wil te bepalen of duidelijk te maken. Toch is er geen sprake van volledig zelfbeschikkingsrecht. De beslissing om in te gaan op een verzoek om euthanasie blijft in handen van een arts. De arts kan volgens de wet niet worden verplicht om op het verzoek in te gaan.

Er dient te worden opgemerkt dat aanvankelijk een voorkeur werd uitgesproken voor het verlenen van hulp bij zelfdoding in plaats van het verrichten van euthanasie, tenminste als dat in de situatie van de patiënt een reële mogelijkheid is. De argumentatie die hierachter schuilgaat, is het feit dat daarmee de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt beter tot uitdrukking wordt gebracht.

1.3.3 De opvallendste verschillen tussen de Belgische en de Nederlandse wetgeving

Euthanasie is in België, net als in Nederland, een reeds lang bediscussieerd maatschappelijk onderwerp. In beide landen werden reeds in de jaren zeventig van de vorige eeuw nu en dan wetsvoorstellen inzake euthanasie ingediend. De wettelijke regeling van het euthanasievraagstuk kwam in beide landen in een stroomversnelling met de komst van een 'paarse' of 'paars-groene' regering. Het Nederlandse parlement keurde op 10 april 2001 de 'Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding' goed en deze trad op 1 april 2002 in werking. Kort erna, op 16 mei 2002, keurde het Belgische parlement de 'Wet betreffende de Euthanasie' goed.

Het is duidelijk dat de wetgeving rond euthanasie in beide landen erg veel overeenkomsten vertoont. Opmerkelijker zijn echter de verschillen. Toch is het moeilijk om op basis van deze verschillen te beweren dat de ene wetgeving strenger zou zijn dan de andere. Hier volgt een overzicht van de belangrijkste verschillen (Vermeersch, 2002):

1. In de Nederlandse wet wordt tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding principieel geen onderscheid gemaakt. De Belgische euthanasiewet daarentegen voorziet enkel een rechtsregeling voor euthanasie. Dit betekent meer rechtsonzekerheid voor de Belgische arts (zie 1.2.2), hoewel de Orde van geneesheren het onderscheid tussen 'hulp bij zelfdoding' en 'euthanasie' deontologisch naderhand heeft weggewerkt. Nergens in de wet staat immers vermeld hoe het euthanaticum moet worden verstrekt. Hulp bij zelfdoding valt dan ook onder de noemer van euthanasie als aan alle wettelijke voorwaarden is voldaan.
2. In beide wetten wordt euthanaserend handelen van de arts ook gelegaliseerd, althans op voorwaarde dat de arts zich bij het uitvoeren van euthanasie heeft gehouden aan een aantal materiële en formele (zorgvuldigheids)eisen én voldoet aan de meldingsplicht. Alle overige vormen van levensbeëindiging op verzoek – bijvoorbeeld niet door een arts of niet volgens de vastgestelde eisen – blijven in beide landen strafbaar als voorheen. De legalisering gebeurde in beide landen evenwel op een andere wijze.

In de Belgische wetgeving werd het strafwetboek zelf niet gewijzigd, noch verwijst het naar de relevante bepalingen. Het niet wijzigen van het strafwetboek heeft wellicht vooral een symbolische betekenis. De tegenstanders van legalisering van euthanasie vinden immers dat de strafwet juist moet aangeven welke rechtsgoederen (bijvoorbeeld het recht op leven) in een maatschappij het meest beschermingswaardig zijn; voor de aanhangers van deze opvatting zou een uitzondering op het fundamentele verbod te doden in de strafwet zelf dan ook te ver gaan. Echter, door erkenning van de euthanasiewet zal euthanaserend handelen in de strafrechtspraak niet langer als moord of doodslag (conform de Belgische strafwet) kunnen worden gekwalificeerd.

In Nederland gebeurde de legalisering door de wijziging van twee artikelen (een artikel over 'levensbeëindiging op uitdrukkelijk en ernstig verlangen' en een ander artikel over 'aanzetten tot zelfdoding') van het Wetboek van Strafrecht. Artsen die euthanaserend handelen of hulp bij zelfdoding verlenen en zich daarbij houden aan de zorgvuldigheidseisen zoals die in de wet zijn geformuleerd, kunnen zich daarbij beroepen op een strafuitsluitingsgrond.

3. In Nederland kunnen minderjarigen vanaf zestien jaar zelfstandig en vanaf twaalf jaar met toelating van hun ouders, euthanasie vragen en dat bekomen. Hoewel er in België volop wordt geijverd voor uitbreiding, is er in de huidige wet niets voorzien voor minderjarigen.
4. De Nederlandse wet stelt geen bijzondere eisen voor de niet-terminale fase: het onderscheid tussen 'terminaal' en 'niet-terminaal' is bijgevolg irrelevant. De Belgische wet stelt bijkomende voorwaarden "indien ... de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden". Indien de patiënt niet terminaal is, moet een derde arts worden geraadpleegd en is er een wachttijd van minstens één maand.

5. Wat de Nederlandse wet betreft, is de enige inhoudelijke zorgvuldigheidseis: "uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt". De oorzaak van het lijden is in de wet niet verder bepaald. De Belgische wet is in dit opzicht veel restrictiever: "De patiënt bevindt zich in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening."
6. Volgens de Nederlandse wet dient het euthanasieverzoek door de patiënt niet op schrift te worden gesteld. De Belgische wet vereist dit wel: "Het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt. (...) In dat geval gebeurt de opschriftstelling in bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document. Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd."
7. In Nederland is de wilsverklaring geldig vanaf 16 jaar en de enige voorwaarde voor het toepassen ervan is dat de patiënt niet langer in staat is zijn wil te uiten. In België is een wilsverklaring rechtsgeldig voor ontvoogde minderjarigen. Men kan hieraan slechts gevolg geven als de patiënt onomkeerbaar niet meer bij bewustzijn is en als de wilsverklaring minder dan vijf jaar oud is. Bij het nemen van de beslissing tot uitvoering van de wilsverklaring moet het verplegende team worden ingeschakeld (en eventueel ook een vertrouwenspersoon en de naasten).
8. In de Nederlandse wet brengt men ongetwijfeld 'psychische' vormen van lijden in rekening, maar de wet is in dat opzicht niet echt duidelijk. (De jurisprudentie sluit echter aan bij wat men in de Belgische wet voorziet). Volgens de Belgische wetgeving moet er, zowel bij fysiek als bij psychisch lijden, sprake zijn van een ongeneeslijke door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening, alvorens euthanasie kan worden toegelaten. De wet is in dat opzicht dus strenger omdat er altijd een aandoening moet zijn die volgens de strikt medische diagnose als ongeneeslijk geldt.

1.3.4 De euthanasiewet in Luxemburg

Luxemburg is sinds kort het derde land, na België en Nederland, waar euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts, onder strikte voorwaarden, niet meer strafbaar is. De meerderheid in het Luxemburgse parlement heeft op 19 februari 2008 de wet aangenomen. Tegelijkertijd werd er ook een wet inzake palliatieve zorg aangenomen.

De definitieve goedkeuring van de wet heeft heel wat voeten in de aarde gehad. Aanvankelijk werd er immers vanuit gegaan dat de euthanasiewet halverwege 2008 van kracht zou worden. Dit was echter buiten de groothertog van Luxemburg gerekend, die begin december 2008 weigerde de wet ter goedkeuring te ondertekenen op grond van gewetensbezwaren. Vervolgens

legde de premier het parlement een voorstel voor om de grondwet te veranderen waardoor de groothertog het recht werd ontnomen om wetten te blokkeren. Midden december werd de wet, bij een tweede lezing door het parlement en opnieuw bij meerderheid van stemmen, dan toch definitief goedgekeurd. Zo heeft nu ook Luxemburg een wet inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding. De zorgvuldigheidseisen, waaraan de arts zich moet houden, lijken grotendeels op de zorgvuldigheidseisen die in de Nederlandse wet zijn opgenomen, waardoor beide wetten erg gelijklopend zijn.

1.4 Welke specifieke problemen doen zich voor bij de toepassing van de euthanasiewet in de geestelijke gezondheidszorg?

Als men de euthanasiewet grondig naleest, krijgt men in eerste instantie het gevoel dat deze wet vooral is bedoeld voor terminale patiënten met een somatische aandoening. Toch staat in die wet duidelijk vermeld dat euthanasie ook mag worden toegepast bij patiënten met een '... ondraaglijk (fysiek of) psychisch lijden ...'. Strikt genomen komen dus ook psychiatrische patiënten, die in veel gevallen (onmiskkenbaar) psychisch lijden, in aanmerking voor euthanasie. Toch blijkt het in de praktijk niet evident om ook te voldoen aan de andere eisen die door de wet worden gesteld.

Bij terminale patiënten met een somatische aandoening blijkt zelden dat er op basis van wettelijke bepalingen niet wordt ingegaan op een concrete vraag om euthanasie. Bij mensen met een psychiatrische aandoening die op basis van psychisch lijden een euthanasievraag stellen, ligt dat heel wat moeilijker. Hieronder volgt een overzicht van de mogelijke knelpunten.

1.4.1 Handelings- en wilsbekwaamheid van de patiënt

In de euthanasiewet staat dat de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige moet zijn, handelingsbekwaam en bewust op het ogenblik van zijn verzoek. De voorwaarde van meerderjarigheid laat geen ruimte voor interpretatie en over die voorwaarde is dan ook geen verwarring mogelijk. Het wordt echter een stuk minder duidelijk als het gaat om de voorwaarde 'handelingsbekwaam en bewust'.

Handelingsbekwaamheid is moeilijk exact te definiëren. Juridisch betekent het : 'in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen' wat hier moet worden gezien als 'over de cognities beschikken om de eigen ziekte te onderkennen, de prognose te kunnen vatten en het effect van eventuele behandelingen te kunnen inschatten' (Vanderbruggen, 2008). Handelingsbekwaamheid is een voorwaarde om geldige rechtshandelingen te kunnen stellen (bijvoorbeeld het formuleren van een verzoek om euthanasie). Een andere voorwaarde daarvoor is de toestemming van de persoon die de rechtshandeling stelt; dit wordt in de rechtsleer gewoonlijk wilsbekwaamheid genoemd (Veys, 2005-2006). De term 'bewust' in de voorwaarde van de euthanasiewet dat de patiënt "handelingsbekwaam en bewust" moet zijn op het ogenblik van zijn verzoek verwijst dus logischerwijze naar de wilsbekwaamheid van de patiënt.

De discussie inzake (beoordeling van) wilsbekwaamheid spitst zich in het geval van psychiatrische patiënten vooral toe op patiënten bij wie het vermogen om hun wil te uiten niet geheel ontbreekt, maar bij wie er twijfel is over het gewicht van de betekenis die aan hun wilsuiting moet of mag worden toegekend.

De beoordeling van handelings- en wilsbekwaamheid dient zich primair te richten op het besluitvormingsvermogen van de patiënt. Bij de beoordeling kan echter de neiging bestaan zich te veel te richten op de uitkomst van de door de persoon genomen beslissing. De genomen beslissing geeft immers zowel diens mate van bekwaamheid als diens eigen normen en waarden weer. Toch is het niet denkbeeldig dat juist de normen en waarden van de beoordelaar (in tegenstelling tot die van de patiënt) de doorslag geven in de beoordeling van de wilsbekwaamheid (Vanderbruggen, 2008). Bovendien is er tot nu toe nog maar weinig onderzoek verricht naar de wilsbekwaamheid van psychiatrische patiënten en er moet dan ook worden benadrukt dat een psychiatrische diagnose op zich, zoals die in de DSM staat vermeld, nooit voldoende mag zijn voor een wilsbekwaamheidsoordeel. Er dient steeds aandacht te worden besteed aan de situatiespecificiteit van elke individuele patiënt. Voorts moet worden opgemerkt dat wilsbekwaamheid zowel een tijdelijk als een gradueel begrip is dat zich situeert op een continuüm van wilsbekwaam via gedeeltelijk wilsbekwaam tot wilsonbekwaam. Moet wilsbekwaamheid dan niet zoveel mogelijk per concrete beslissing worden beoordeeld? Sommigen beschouwen wilsbekwaamheid als een gradueel begrip waarbij men strengere criteria moet hanteren naarmate de consequenties van de beslissing ernstiger zijn (Welie, 1999).

1.4.2 Vrijwilligheid van het verzoek

Het euthanasieverzoek moet naar de letter van de wet 'vrijwillig, overwogen en herhaald zijn, en niet tot stand zijn gekomen als gevolg van enige externe druk'. Hoe moeten deze begrippen worden geïnterpreteerd als, bijvoorbeeld, een zwaar depressieve vrouw zichzelf enkel als last ziet voor haar familie en bedolven onder schuldgevoelens tegenover hen de uitdrukkelijke vraag om euthanasie stelt? Is hier dan sprake van een vrijwillig verzoek? Brengen de extreme schuldgevoelens de vrijwilligheid van haar vraag niet in het gedrang? De vraag is misschien weloverwogen gesteld, maar in hoeverre spelen externe factoren al dan niet een doorslaggevende rol in haar beslissing?

1.4.3 Medische uitzichtloosheid

Ook wat de voorwaarde betreft dat het moet gaan om een 'medisch uitzichtloze toestand' is de wet minder eenduidig dan men op het eerste zicht zou denken. Bij medische uitzichtloosheid wordt vaak gedacht aan een terminale (kanker)patiënt voor wie geen (medische) hulp meer kan baten en die volgens strikt medische normen binnen afzienbare tijd vanzelf komt te overlijden. Men denkt echter niet meteen aan bijvoorbeeld een dertigjarige jonge vrouw met een borderline-persoonlijkhedstoornis die (als het fysiek een beetje meezit) gerust nog vijftig jaar te leven heeft. Maar wat is die vijftig jaar waard als blijkt dat deze vrouw al verschillende

zelfmoordpogingen achter de rug heeft en nog steeds erg suïcidaal is? Bestaat er dan niet zoiets als 'suïcidale terminale' patiënten waarbij men naar eer en geweten moet bekennen dat deze patiënten naar alle waarschijnlijkheid binnen 'afzienbare tijd' zullen komen te sterven?

1.4.4 Ondraaglijk psychisch lijden

Lijden hoort bij het leven, maar dat staat normaal functioneren daarom niet altijd in de weg. "Binnen de psychopathologie spreekt men van 'normaal functioneren' wanneer er sprake is van een harmonische relatie tussen de persoon en zichzelf, de persoon en de ander, en de persoon en zijn omgeving. Wanneer iemand goed in z'n vel zit, binnen de sociale normen kan functioneren, correct kan reageren tegenover anderen, en de eisen van de omgeving aankan, spreekt men van een normaal functionerend persoon. Daarin is een bepaalde afwijking mogelijk. Wanneer gevoelens als angst, boosheid, woede en verdriet zich structureel in een zodanige heftigheid voordoen dat ze de persoon beletten om normaal te functioneren, kan gesproken worden van psychisch lijden" (Van den Bogaard, 2008).

Wanneer overschrijdt psychisch lijden de grens van het verdraagbare? Is het zo dat lijden dat voor de ene persoon ondraaglijk is, a priori ook ondraaglijk is voor een ander? En wie bepaalt dan dat hetgeen een persoon ondraaglijk noemt ook werkelijk niet te (ver)dragen is?

Van alle criteria waaraan volgens de wet moet worden voldaan, is volgens sommigen de inschatting van de ondraaglijkheid van het lijden het moeilijkst toe te passen (De Wachter, 2006). Er is immers geen maat of meetlat om de ondraaglijkheid te concretiseren. In een scala van belevingen, normen en waarden staat de psychiater voor de taak om het ondraaglijk lijden te beoordelen.

Er zijn verschillende publicaties over het verloop van een dergelijke inschatting. Kimsma (2000) pleit voor een vaste methodiek om het lijden van de patiënt te beoordelen. Hij stelt dat het oordeel over lijden gebaseerd is op ervaringen. Een arts moet volgens hem vertrouwen hebben in het gemeenschappelijke en te delen karakter van ervaringen. De arts onderzoekt dan:

1. de tijd (toekomstig en actueel) waarin klachten en verlies van functies zich voordoen
2. de persoonlijkheid (het karakter) van de patiënt en diens reactie op en beleving van de klachten en het functieverlies
3. de persoonlijkheid in de tijd, de evolutie in de mentale gesteldheid van de patiënt
4. de omgeving en de invloed ervan op de beleving van de patiënt betreffende zijn situatie.

Hoewel deze uitwerking een goed kader biedt, is de vraag of dit volstaat om het (ondraaglijk) lijden van de patiënt in kaart te brengen. Ook in een dergelijke benadering blijft veel afhangen van de psychiater. Zijn visie bepaalt grotendeels op welke terreinen hij doorvraagt. De beoordeling vergt mogelijk een verdere specificatie en daarbij kan, zeker voor patiënten in een residentiële setting, een multidisciplinaire inbreng nuttig zijn. Psychiatrisch verpleegkundigen zijn veelal van dichtbij en frequent getuige van het lijden van de patiënt en kunnen daardoor een erg waardevolle inbreng hebben in een dergelijk onderzoek (Van der Kroef, 2007).

1.4.5 Psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden

De wet bepaalt ook dat het moet gaan over 'psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden', wat zoveel betekent als ongeneeslijk psychisch lijden waarbij geen enkele behandeling of therapie nog genezing kan brengen. Al snel wordt echter duidelijk dat de theorieën, de uiteenlopende visies en mogelijkheden en het aantal daarop gebaseerde behandelingen amper te overzien is. Ook komen er voortdurend nieuwe invalshoeken en inzichten tot ontwikkeling die elk op zich heel effectief beloven te zijn. De wetenschap staat niet stil en niemand kan voorspellen welke mogelijkheden en middelen ons over pakweg tien jaar ter beschikking zullen staan. Dit klinkt veelbelovend. Maar denkt de man, die reeds tientallen jaren de depressie voor de manie (en omgekeerd) inruilt, er ook zo over? Of geeft het vooruitzicht om nog tien jaar in ellende te moeten leven de doorslag in zijn vastberaden verlangen om te mogen sterven?

Hier dient ook de overlapping met de patiëntenrechtenwetgeving van 2002 te worden opgemerkt. In deze wet wordt patiënten het recht gegeven om een behandeling te weigeren. Maar, hoe kan men weten of een patiënt die een behandeling weigert, om welke reden dan ook, geen baat zou hebben bij deze behandeling? Borderline-patiënten, bijvoorbeeld, hebben dikwijls een wantrouwen tegenover de psychiatrie en weigeren soms residentiële opvang en medicamenteuze behandelingen. Maar als ze niet behandeld worden, is hun vraag om euthanasie dan geldig? (De Wachter, 2006)

1.4.6 Psychisch lijden dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening

Als het gaat om ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoeningen, is er sprake van twee factoren die het psychiatrische patiënten moeilijk maken om aan de wettelijke bepalingen te voldoen.

Ten eerste moet het volgens de wet gaan om psychisch lijden dat het gevolg is van een ongeneeslijke aandoening. Wat de 'ongeneeslijkheid' van psychiatrische ziekten betreft, kan verwezen worden naar het knelpunt rond het 'niet gelenigd kunnen worden', dat in punt 1.4.5 reeds werd besproken.

Een tweede niet onbelangrijk probleem schuilt in het feit dat het psychisch lijden het gevolg moet zijn van een door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. Wat dit aspect betreft, is er geen probleem voor de onfortuinlijke gedragsgestoorde patiënt die na een verkeersongeval een zwaar hersenletsel heeft opgelopen en voor wie het psychisch lijden zo'n last betekent dat hij nadrukkelijk kiest voor euthanasie. Wanneer het psychisch lijden wordt veroorzaakt door een ziekte, stelt zich daarentegen meteen de vraag wat men dan wel moet verstaan onder het begrip 'ziekte'. Hier is men geneigd om te verwijzen naar de DSM als het gaat om het omschrijven en vooral het benoemen van de meest uiteenlopende ziektebeelden. Toch kan men zich de vraag stellen of persoonlijkheidsstoornissen, evenals allerhande soorten verslavingen, die nochtans in de DSM zijn opgenomen, werkelijk vallen onder de noemer 'ziekte'.

Het omgekeerde geldt ook en wordt duidelijk als opnieuw wordt overgaan naar de praktijk. Wat in het geval van een vrouw van middelbare leeftijd die negen jaar geleden haar man en kinderen is verloren in een brand en die het verlies van haar dierbare naasten nog steeds niet heeft kunnen verwerken? Als deze vrouw het vechten moe is en de pijn zodanig doorweegt dat ze besluit dat euthanasie de enige uitweg is om haar uit haar lijden te verlossen, dan rijst meteen de vraag of deze vrouw wel ziek is. Is pathologische rouw een ziekte en zo niet, is in een dergelijke situatie bijgevolg niet aan de wettelijke voorwaarden voor euthanasie voldaan? Een andere moeilijkheid schuilt in de aandoening op zich. Want, gesteld dat een patiënt gediagnosticeerd met een psychiatrische aandoening een stervenswens uit, dan is het voor de behandelende arts niet altijd zo eenvoudig om uit te maken of deze vraag moet worden gezien als een symptoom van de ziekte. Bij levenslange aandoeningen zoals een schizofrene of borderline-persoonlijkheidsstoornis of depressie is geweten dat deze stoornissen als symptoom een continue zelfdodingsdrang met zich kunnen meebrengen (Postelmans, 2006). Is het in dergelijke situaties niet zo dat de vraag om euthanasie samenvalt met de aanhoudende gedachten over zelfdoding en zodoende een symptoom van de ziekte is? En is het dan niet de taak van de arts die deze patiënt behandelt om dit symptoom te bestrijden?

1.4.7 De wilsverklaring

In de wet staat: "Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast."

Als een schizofrene patiënt een wilsverklaring opstelt waarin hij verklaart dat hij euthanasie wil wanneer hij opnieuw een psychose doormaakt en geen medicatie meer helpt (m.a.w. als de patiënt therapieresistent is), dan kan in zijn geval de euthanasie niet worden uitgevoerd: de wet stelt immers duidelijk dat de wilsverklaring enkel kan worden uitgevoerd indien de patiënt buiten bewustzijn verkeert. Het behoeft geen betoog dat, hoezeer de man ook in zijn psychose opgesloten zit en daaronder lijdt, niet kan worden gezegd dat hij buiten bewustzijn verkeert en dus geeft de wilsverklaring geen enkele legitimatie om aan de vraag van de man te voldoen.

1.4.8 Besluit

Veel van de problemen die zich voordoen bij de toepassing van de euthanasiewet in de geestelijke gezondheidszorg hebben te maken met de relatief vage omschrijvingen die in de wet zijn vastgelegd. Toch heeft dit ook voordelen. In praktijk is het immers de arts (samen met de collega's) die in samenspraak met de patiënt elke individuele situatie in overweging neemt. Deze situaties verschillen vaak erg van elkaar. Vage omschrijvingen voorkomen dat schrijnende gevallen, hoe zeldzaam ook, buiten de wet zouden vallen omdat men een bepaald geval niet voorzien had. Tegelijkertijd dwingt die vaagheid tot een nog nauwkeurigere individuele afweging in geval van uitzichtloos psychisch lijden in tegenstelling tot uitzichtloos fysiek lijden (dat nu eenmaal breder geaccepteerd en eenvoudiger toetsbaar is) (Pans, 2006).

1.5 Prevalentie

1.5.1 Euthanasie bij niet-somatische aandoeningen

Hoewel de Federale Commissie Euthanasie de instantie bij uitstek zou moeten zijn om over de nodige registratiegegevens te beschikken, bleek er weinig bruikbaar cijfermateriaal voorhanden te zijn. De cijfers waarover de Commissie beschikt, gaan immers enkel over het aantal geregistreerde EN uitgevoerde euthanasieaanvragen, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen euthanasie op basis van somatische aandoeningen en euthanasie op basis van 'neuropsychiatrische' aandoeningen. Hierbij gaat het dus louter om euthanasievragen waarop werd ingegaan (die dus werden uitgevoerd), maar dit zegt in het geheel niets over het aantal gestelde vragen waaraan geen gevolg werd gegeven. Het feit op zich dat de vraag wordt gesteld, moet immers volgens de wet niet worden geregistreerd.

Omdat het hier echter gaat om de enige officiële cijfers betreffende euthanasie op basis van een (neuro)psychiatrische aandoening, worden ze hier toch vermeld.

Tabel 1: Rapporten van de Federale Commissie Euthanasie: euthanasie bij niet-somatische aandoeningen.

	Totaal aantal uitgevoerde en geregistreerde euthanasievragen.	Neuropsychiatrisch	
1 ^{ste} rapport (22/9/2002-31/12/2003)	259	0	-
2 ^{de} rapport (2004-2005)	636	8	1 Creutzfeldt-Jacob 4 Alzheimer 1 Huntington 4 Depressie
3 ^{de} rapport (2006-2007)	924	9	4 Huntington 2 Alzheimer 1 Vasc. Dementie 1 Depressie 1 Psychose

1.5.2 Gegevens uit de praktijk

Iets concreter en genuanceerder dan de cijfers van de Federale Commissie Euthanasie zijn de (cijfer)gegevens over euthanasie op basis van psychisch lijden uit de praktijk van een LEIFarts-psychiater (LEIF = LevensEinde InformatieForum, zie punt 3.5.1.2). Deze arts kwam in de loop van 2008-2009 in contact met 37 mensen die een vraag om euthanasie op basis van een uitgesproken psychisch lijden stelden (Thienpont, z.d.). Onderstaand overzicht geeft een beeld van deze populatie.

Tabel 2: Gegevens van 37 casussen met de vraag om euthanasie op basis van psychisch lijden.

Leeftijd - oudste - jongste - gemiddelde leeftijd	74 jaar 29 jaar 51 jaar
Geslacht - Aantal mannen - Aantal vrouwen	7 30
Diagnose(s) bij aanmelding Aantal personen met: <ul style="list-style-type: none"> - Persoonlijkheidsproblematiek - Depressie - Traumageschiedenis - Gecompliceerde rouw - Psychosomatiek - Defect-schizofrenie - Bipolaire depressie - AutismeSpectrumStoornis (ASS) - Geen diagnose - Combinatie met duidelijk fysiek lijden <ul style="list-style-type: none"> Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) Voedselintolerantie 	16 16 7 3 3 2 2 3 1 6 5 1

Bij alle 37 patiënten was bij aanmelding een uitgesproken doodswens aanwezig. 35 van hen gaven aan zeer suïcidaal te zijn en/of reeds verschillende suïcidepogingen achter de rug te hebben. Bij het opnemen en exploreren van de vraag om euthanasie kon voor 15 mensen een doorverwijzing worden gerealiseerd naar een andere vorm van hulpverlening dan waarop tot dan toe beroep werd gedaan. Daarbij ging het om doorverwijzing naar een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische thuiszorg (PZT) en familiehulp, naar een huisarts-LEIFarts, en andere.

Van de 37 mensen die de vraag naar euthanasie stelden, kregen er momenteel 11 hulp bij het sterven, 2 mensen pleegden suïcide. Voor 4 patiënten is de beslissingsprocedure rond de euthanasievraag nog in een opstartfase. Voor de overige 20 betekent dit dat de vraag naar euthanasie op 'pauze' staat of dat de vraag naar euthanasie momenteel niet meer bestaande is.

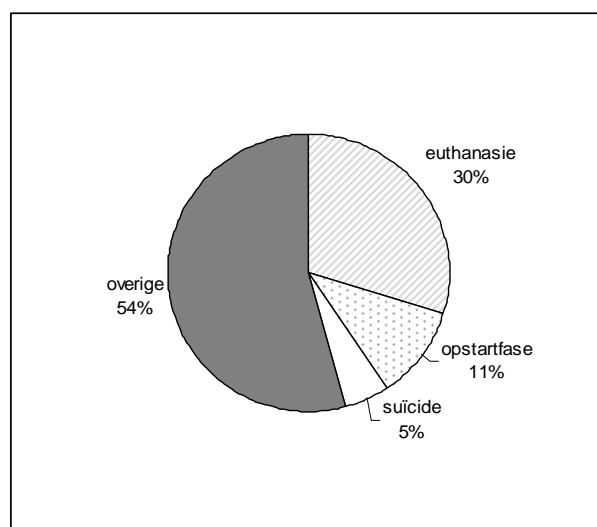


Fig. 1: Gegevens uit de praktijk van een LEIFarts-psychiater (casussen, procentuele verdeling).

Wat het aantal euthanasievragen betreft, moet echter een belangrijke opmerking worden gemaakt. Het gaat hier immers om gegevens van een LEIFarts-psychiater. De opleiding tot LEIFarts zorgt ervoor dat deze artsen goed op de hoogte zijn van de euthanasiewet en er geen principiële bezwaren tegen hebben. Dit heeft ook tot gevolg dat mensen met een vraag om euthanasie zich sneller tot een LEIFarts zullen richten. De cijfers geven bijgevolg wel een indicatie maar leveren weinig bewijskracht. Het is immers weinig waarschijnlijk dat het aantal aanvragen even hoog ligt bij psychiaters die geen LEIFarts zijn.

1.6 Waar de vraag om euthanasie en de suicidaliteit elkaar kruisen

1.6.1 Suïcidaliteit versus de vraag om euthanasie

Het is moeilijk te bepalen in welke mate de vraag om euthanasie (op basis van psychisch lijden) en suicidaliteit elkaar overlappen of wat beide aspecten in essentie gemeen hebben. In de literatuur worden beide thema's veelal apart behandeld. Toch is het interessant om een aantal raakpunten nader te bekijken.

Eerst en vooral is het goed om op te merken dat van de mensen die de vraag om euthanasie stellen niet iedereen voldoet aan de wettelijke voorwaarden. Een onderscheid tussen wie voldoet aan de voorwaarden en wie er niet aan voldoet, stelt zich niet als het gaat om suicide.

Als tweede punt kan opgemerkt worden dat het van belang is om met zorg de 'echtheid' van de doodswens te onderzoeken, zowel bij suicidaliteit als bij een nadrukkelijk verzoek om euthanasie. Bij een suïcidale patiënt dient men na te gaan waarom deze patiënt bepaald gedrag stelt. Wil de patiënt echt dood of tracht hij met zijn gedrag een andere nood of behoefte duidelijk te maken? Eenzelfde afweging dringt zich op als het gaat om patiënten die de vraag om euthanasie stellen. De Nederlandse psycholoog Kerkhof verwoordt het als volgt: "Een diepgaande discussie over alle voor- en nadelen van zelfdoding met de patiënt maakt het mogelijk de irrationele elementen te bespreken. Dikwijls eindigt zo'n verzoek niet met de dood, maar met het accepteren van hulp bij leven. In zeldzame gevallen, laat dat heel duidelijk zijn, waar behandeling geen baat heeft, moet hulp beschikbaar zijn in de vorm van euthanasie" (Postelmans, 2006). De vrees bestaat dat beslissingen over euthanasie door toenemende maatschappelijke aanvaarding steeds minder zorgvuldig zullen worden afgewogen en dat euthanasie dus steeds minder uitzonderlijk zal worden (Naudts et al., 2006). Chabot (2000) gaat hierin nog een stuk verder: "Door toenemende bekendheid bij psychiatrische patiënten dat zij om hulp bij zelfdoding kunnen vragen, zal een suïcidepoging als kreet om hulp soms vervangen worden door de beladen vraag om hulp daarbij. Dat is een minder riskant middel om de eigen nood onder professionele aandacht te brengen."

Thienpont & Van Loon (z.d.) noemen een ander belangrijk onderzoekspunt: heeft het bespreken van de euthanasievraag, gesteld op basis van uitsluitend psychisch lijden, een preventieve werking ten aanzien van suicide? Bij meerdere patiënten heeft het opnemen van de

euthanasievraag en het ontvankelijk verklaren van de vraag een tijdelijke verbetering en opluchting bij de patiënt tot gevolg. Lieve Thienpont merkt op dat er zich bij één van de casussen die ze behandelde een duurzame verbetering van het toestandbeeld heeft voorgedaan louter door het onderzoek naar de ontvankelijkheid van de euthanasievraag en het meedelen van de ontvankelijkheid ervan. "Indien de positieve evolutie zich voordoet bij deze patiënt," zo stelt ze, "is het de vraag of de oorspronkelijke ontvankelijkheidsverklaring van de euthanasievraag gestoeld is op een foutieve inschatting van de prognose van het ziektebeeld. Of kan het zijn dat juist het ernstig nemen van de euthanasievraag op basis van psychisch lijden, de patiënt met een ongunstig ingeschatte prognose, existentieel zo raakt dat er in zijn toestandbeeld een wezenlijke kwaliteitsverandering optreedt?" Lieve Thienpont zegt, op basis van haar eigen ervaring, voorzichtig te durven stellen dat de vraag om euthanasie ernstig nemen in sommige gevallen preventief werkt en eerder leidt tot het leven dan tot de dood. Wanneer de situatie uitzichtloos is, is euthanasie zeker preventief ten aanzien van een agressieve dood. Niets verwoordt dit beter dan een citaat uit een van de brieven met een vraag om euthanasie:

"Ik wil uit mijn lijden verlost worden. Zelfmoord is pijnlijk en/of gruwelijk en/of bloedig en alleszins vernederend. Ik wil op een waardige manier sterven. Help mij a.u.b."

Het ontbreekt echter aan verder onderzoek om de stelling te ondersteunen dat het bespreekbaar maken van de vraag om euthanasie preventief zou werken.

1.6.2 Geeft een geweigerde euthanasievraag aanleiding tot zelfmoord?

In de literatuur is weinig duidelijke informatie terug te vinden die een verband legt tussen het aantal geweigerde euthanasievragen en het aantal zelfdodingen dat er mogelijk het gevolg van is. Er wordt wel vermeld dat "een verkeerde reactie [van de hulpverlener op een vraag om euthanasie] de kans verhoogt dat de patiënt zelfmoord pleegt" (Hardeman, 2007). Concrete cijfers of bewijzen die deze stelling onderbouwen zijn er echter niet.

Van der Wal (1996) heeft een onderzoek uitgevoerd naar suicide bij chronisch suicidale patiënten. Op basis van een anonieme enquête bij 673 psychiaters blijkt dat 'in Nederland jaarlijks ongeveer 320 patiënten aan hun behandelend psychiater een uitdrukkelijk en herhaald verzoek om hulp bij zelfdoding [euthanasie] doen'. Jaarlijks wordt aan 2 tot 5 van hen hulp bij zelfdoding verleend. Op het tijdstip van de enquête bleek 26 % van de patiënten overleden. 16 % daarvan pleegde zelfmoord, na een weigering op de uitdrukkelijke vraag om hulp daarbij (Tholen, 2000). Dit betekent dat 84 % van de suïcidale patiënten aan wie hulp bij zelfdoding geweigerd werd, geen zelfmoord pleegt. Op basis van deze onderzoeksresultaten lijkt het voorbarig om te zeggen dat er een direct oorzakelijk verband is tussen de weigering tot hulp enerzijds en (de aanleiding tot) zelfmoord anderzijds.

1.6.3 Familie en nabestaanden


Maakt euthanasie het afscheid voor familieleden en nabestaanden minder zwaar dan zelfmoord? Van Dijck (2008) maakte de documentaire 'Mag ik dood' waarin ze ook nabestaanden van mensen die zelfmoord pleegden aan het woord laat. Zelf heeft ze haar zus verloren die suïcide pleegde. Zij verwoordt het in de documentaire als volgt:

“Ik voel me niet schuldig over hetgeen is gebeurd... Ik voel eerder een gêne omdat ik niet met haar op weg ben willen gaan. Ik bleef maar wijzen op de lichtpuntjes, bleef maar hopen dat het beter zou gaan... Ze zei dat ze dood wilde maar ik hoorde haar niet.”

Nabestaanden geven aan dat ze betreuren dat ze nooit openlijk over de dood hebben durven spreken met de persoon met een doodswens. De meesten van hen vinden het ook bijzonder pijnlijk dat iemand die hen nauw aan het hart lag, op een gruwelijke, vaak mensonterende manier uit het leven is 'moeten' stappen. Hieruit kan men afleiden dat vooral de manier waarop de suïcide werd uitgevoerd diepe sporen nalaat. In de meeste gevallen hebben de nabestaanden geen afscheid kunnen nemen en in sommige gevallen was het, net door de gruwelijke manier waarop iemand zich van het leven had beroofd, bovendien niet eens mogelijk om het overleden familielid nog een laatste maal te zien. Het spreekt voor zich dat de mogelijkheid om liefdevol afscheid te nemen van een dierbare een ander, iets draaglijker verwerkingsproces inluidt dan wanneer zo'n afscheid niet heeft kunnen plaatsvinden.

HOOFDSTUK 2

UI TEENLOPENDE VISIES IN VERBAND MET EUTHANASIE BIJ MENSEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING



Wanneer ik niet meer treuren kan
mijn ogen niet meer huilen
over niet meer voelen van
in je armen kunnen schuilen

Wat blijft er dan nog achter
zonder tranen, slechts gemis
niets maakt eenzaamheid ooit zachter
wanneer zelfs het huilen over is

- anoniem -

2 Uiteenlopende visies in verband met euthanasie bij mensen met een psychiatrische aandoening

In het eerste hoofdstuk werd uitgebreid ingegaan op de wet- en regelgeving in verband met euthanasie op basis van psychisch lijden, meer bepaald bij mensen met een psychiatrische stoornis. Er mag niet worden gehandeld tegen wat wettelijk is geregeld en vastgelegd, maar is daarmee ook alles gezegd? Zijn alle problemen van de baan als iedereen weet waaraan zich te houden om binnen het wettelijke kader te blijven?

Zo eenvoudig is het niet. Men kan er immers niet omheen dat euthanasie, meer nog dan aan wettelijke bepalingen, verbonden is aan tal van gevoelsmatige aspecten. Niet iedereen die aan de wettelijke voorwaarden voldoet, vraagt om euthanasie. Anderzijds volstaat het niet om aan de wettelijke voorwaarden te voldoen om a priori gehoor te krijgen bij een vraag om euthanasie. Er is duidelijk meer aan de hand wanneer men ook merkt dat dit thema zowel bij de meeste hulpverleners als bij het grote publiek een sterk emotionele reactie uitlokt, los van regels en wetten.

Euthanasie is een ethische kwestie en dan voelt men zich al snel persoonlijk aangesproken. Dan gaat het immers over individuele waarden en normen die iedereen voor zichzelf belangrijk acht; een visie waarop men steunt, die richting geeft aan zijn gedrag, die bewust of onbewust het motief vormt voor handelen en niet handelen. Wat de één als ethisch verantwoord beschouwt, kan voor de ander misschien absoluut niet door de beugel.

Als hulpverlener is het belangrijk om stil te staan bij zichzelf, bij de eigen visie, de eigen waarden en normen. In dit geval gaat het om de vraag: 'Hoe sta ik tegenover de dood, de dood in eigen handen nemen en het zelfbeschikkingsrecht daarover? Meer nog, hoe denk ik over euthanasie als het gaat om mensen met een psychiatrische stoornis?' Eigen gedachten en emoties zijn immers erg bepalend voor het gedrag dat men stelt in confrontatie met een concrete vraag van de patiënt naar euthanasie. Weten waarover het gaat, maar evenzeer weten hoe men er zelf tegenover staat, maakt het een stuk gemakkelijker om de vraag bespreekbaar te maken en zo het contact met zichzelf en de patiënt niet te verliezen.

Dit tweede hoofdstuk behandelt verschillende visies, gedachten, denkkaders en bedenkingen met betrekking tot euthanasie. Euthanasie is niet nieuw en tal van ethici, medici en anderen buigen zich reeds geruime tijd over dit thema. Wat volgt is een overzicht van de meest ontwikkelde en sterk onderbouwde ethische standpunten in verband met euthanasie die de dag van vandaag in de hulpverlening (en ook daarbuiten) worden gehanteerd.

2.1 Autonomie en beschermwaardigheid van het leven: een christelijk-ethische visie

Vanuit christelijke hoek bestaat er een lange traditie als het erom gaat een standpunt in te nemen over ethische kwesties, denk maar aan homoseksualiteit, condoomgebruik, abortus ... Ook over euthanasie heeft de katholieke kerk een duidelijke visie geformuleerd: euthanasie past niet binnen de christelijke waarden. Als men deze visie wil vertalen in termen van hulpverlening, dan tekenen zich binnen de psychiatrie twee gelijklopende strekkingen af: de visie van 'De Broeders van Liefde', en de visie die door 'Caritas Catholica' wordt gehanteerd. Beide strekkingen zijn christelijk geïnspireerd en de verschillen moeten vooral worden gezocht in kleine nuances en de licht uiteenlopende klemtonen die worden gelegd. Beide standpunten worden hieronder besproken.

2.1.1 Caritas Catholica Vlaanderen

Caritas Catholica Vlaanderen is een christelijk geïnspireerd samenwerkingsplatform van organisaties die actief zijn op het terrein van welzijn, gezondheid en solidariteit. Onder meer Zorgnet Vlaanderen, een netwerk van verzorgingsinstellingen, maakt er deel van uit.

Kort na de goedkeuring van de euthanasiewet in het parlement achtte de Ethische Commissie van de Caritas-groep het noodzakelijk om concrete aanbevelingen te formuleren die de klinische praktijk ter zake, binnen haar zorginstellingen, moeten kunnen begeleiden. De Ethische Commissie beschouwde het als haar opdracht enkele specifieke klemtonen te leggen en ethische oriëntaties te geven die een 'ethische meerwaarde' kunnen betekenen. Het standpunt over euthanasie van de Caritas-groep bleef echter ongewijzigd. Want, zo was men van mening, "nieuwe wettelijke kaders hoeven geen verandering van ethiek in te houden" (Gastmans, 2002). De Caritas-groep maakt een duidelijk onderscheid tussen wetgeving en ethiek: "De euthanasiewet laat euthanasie en hulp bij zelfdoding onder bepaalde voorwaarden toe, maar dit betekent niet dat deze praktijken ook zonder meer ethisch verantwoord zijn. Juridische en ethische normen vallen immers niet samen" (Gastmans, 2002). De ethische oriëntaties van de Caritas-groep werden beschreven in een manifest waarvan hieronder de elementen worden besproken die ook in de geestelijke gezondheidszorg van belang zijn.

2.1.1.1 Autonomie als fundamentele waarde

In het debat over euthanasie wordt vaak de nadruk gelegd op de autonomie van de patiënt. Het uitgangspunt hierbij is dat de mens zelf moet kunnen beslissen over zijn levenseinde, zonder inmenging van derden. Volgens deze benadering wordt autonomie opgevat als individuele zelfbeschikking, wat staat tegenover het onderworpen zijn aan beslissingen van anderen. In tegenstelling tot de voorstanders van deze individualistische visie op de mens waarin autonomie en zorg voor anderen zich nauwelijks laten verbinden, opteert de Ethische Commissie voor een

opvatting van autonomie waarbij de relatie tussen mensen in termen van wederzijdse verbondenheid centraal staat. Deze relationele opvatting van autonomie impliceert dat de mens niet alleen beslist over zijn levenseinde, maar dat anderen ook betrokken zijn bij die beslissing.

2.1.1.2 Euthanasie bij niet-terminale patiënten

Volgens de Ethische Commissie kan euthanasie enkel en alleen in de context van de terminale fase in overweging worden genomen. Het gaat hier dus uitsluitend om situaties waarin wordt verondersteld dat het stervensproces werkelijk begonnen is. Bovendien heeft euthanasie volgens de Commissie enkel te maken met situaties van ondraaglijk fysiek lijden (of lijden waaraan een fysiek aftakelingsproces ten grondslag ligt), waarvoor de geneeskunde aanspreekbaar is. Zuiver psychische en existentiële nood valt hier niet onder. De Ethische Commissie stelt dat de impact van levensbeëindigend handelen bij niet-terminale patiënten te groot is om als ethisch goorloofde praktijk te kunnen worden beschouwd.

Verder wordt in het manifest van de Ethische Commissie ook volop aandacht besteed aan de 'palliatieve filterprocedure'. Deze procedure bepaalt dat de arts zich ervan moet vergewissen of de euthanasievraag 'authentiek' is, dan wel of het gaat om een zogenaamde 'oneigenlijke' vraag. Op deze procedure wordt hier niet verder ingegaan, omdat er met nadruk wordt vermeld dat ze enkel geldt voor terminale patiënten waarbij het ondraaglijk lijden een zuiver fysieke oorsprong kent (en dus niet kan worden toegepast bij mensen met een psychiatrische aandoening). Verder wordt er melding gemaakt van het feit dat elke vraag van de patiënt om euthanasie aandachtig moet worden beluisterd en dat hierbij de bespreekbaarheid en de begeleiding centraal dienen te staan.

Hoewel deze visie strak en eenzijdig lijkt en er erg weinig ruimte is voor een individuele benadering van elke situatie op zich, kan niet worden gezegd dat ze niet duidelijk is. Toch kan de vraag worden gesteld hoe geloofwaardig en authentiek de luisterbereidheid van de hulpverlener is als de vraag om euthanasie zonder meer wordt afgewezen. Verder valt te betreuren dat er geen alternatieven worden geboden voor de psychiatrische patiënt die volgens de juridische normen recht heeft op euthanasie, maar niet volgens de ethische normen van Caritas Catholica Vlaanderen.

2.1.2 Provinciaal der Broeders van Liefde

Provinciaal der Broeders van Liefde is een internationale religieuze congregatie, die actief is op verschillende maatschappelijke domeinen. Een van de belangrijkste domeinen is dat van de geestelijke gezondheidszorg. De Werkgroep Ethiek van de Broeders van Liefde formuleerde enkele ethische adviezen voor de sector Geestelijke Gezondheidszorg. Het is de bedoeling dat deze richtlijnen worden gehanteerd in alle instellingen waarvan de werking onder het beheer van de Broeders van Liefde valt.

2.1.2.1 Euthanasiestandpunt

Zelfs voor de euthanasiewet in voege was getreden, werden door Axel Liégeois, stafmedewerker voor ethiek, al standpunten met betrekking tot euthanasie uitgeschreven. Hieronder volgt de recentste versie van de richtlijnen, die in 2006 werden opgesteld. De inleiding van dit manifest geeft meteen ook de specificiteit ervan weer:

“De visie die we hierrond formuleren beperkt zich tot psychiatrische patiënten die verzoeken om euthanasie in een niet-terminale situatie omdat deze problematiek heel specifiek is voor de geestelijke gezondheidszorg. (...) Een niet-terminale situatie omschrijven we als een toestand waarin de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd een natuurlijke dood zal sterven” (Liégeois, 2006).

Het is opmerkelijk dat er expliciet nadruk wordt gelegd op het psychisch lijden op basis van een psychiatrische aandoening. Hier wordt klaarblijkelijk wel rekening gehouden met deze patiëntengroep en erkent men de noodzaak van een welomschreven benadering. Reeds bij aanvang wordt een duidelijke stellingname geformuleerd: “De Raad van Bestuur van de VZW Provinciaal der Broeders van Liefde laat vanuit een christelijke visie de uitvoering van euthanasie niet toe in haar zorgvoorzieningen” (Liégeois, 2006). Deze stelling is gebaseerd op drie waarden die fundamenteel zijn vanuit een christelijk-ethisch standpunt:

1. De beschermwaardigheid van het leven

“De beschermwaardigheid van het leven is dé fundamentele waarde bij uitstek omdat het leven het fundament en de voor-waarde is voor alle andere waarden. De beschermwaardigheid is gefundeerd in het menselijk leven zelf, en niet in de kwaliteiten ervan. Of iemand ziek of gezond is, veel of weinig mogelijkheden of beperkingen heeft, zijn leven is het waard beschermd te worden. De waarde van het leven wordt beschermd door fundamentele principes in de wetgeving, de mensenrechten, de levensbeschouwingen en de religies” (Liégeois, 2006).

2. De autonomie van de patiënt

“Autonomie is een fundamentele waarde die in de hedendaagse maatschappij sterk beklemtoond wordt. Autonomie betekent letterlijk dat mensen zichzelf de wet mogen stellen. Ze mogen hun eigen keuzes maken, voor zover ze de autonomie van anderen niet schaden. Het respect voor de autonomie is een essentieel element in de emancipatiebeweging van patiënten, die reageert tegen de bevoogding in de zorgverlening. Volgens de wet patiëntenrechten heeft de patiënt het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de zorgverleners. Voorwaarde is wel dat de patiënt in staat is toestemming te geven en dus wilsbekwaam is” (Liégeois, 2006).

3. De zorgrelatie tussen zorgverleners en patiënt

“De zorgrelatie is een fundamentele waarde in de zorgverlening zelf. De zorgrelatie is de relatie waar zorgverleners en patiënt samenwerken aan de zorg voor die patiënt. Zorg is het geheel van inspanningen en activiteiten om de gezondheid of het welzijn van de

patiënt te bevorderen, hem te rehabiliteren in de maatschappij en de kwaliteit van zijn leven te verbeteren. (...) Eén van de belangrijkste elementen in de zorg is precies de relatie tussen zorgverleners en patiënt. Deze relatie kan zich ontwikkelen tot een sterke samenwerkings- en vertrouwensrelatie. De kwaliteit van de zorgrelatie is een essentieel element in de deontologie en de ethiek van alle zorgverlenende beroepen. Wanneer de zorgverleners de patiënt verwijzen naar een andere zorgseenheid, garanderen ze de continuïteit in de zorg en in het aanbod van een zorgrelatie" (Liégeois, 2006).

De betekenis en de toepassing van deze drie fundamentele waarden werd in de praktijk uitgewerkt in een procedure voor de hulpverlener om de patiënt te benaderen en te begeleiden, waarvan hieronder de belangrijkste elementen worden besproken.

2.1.2.2 Begeleiden van de patiënt

- **Verscheidenheid bij het afwegen van waarden**
Hier wordt dieper ingegaan op hoe zorgverleners (in teamverband) rekening kunnen houden met de afwegingen van waarden van alle betrokken partijen.
- **De beschermwaardigheid van het leven vooropstellen**
Hier wordt benadrukt dat het van belang is dat de zorgverleners hun standpunt ten aanzien van euthanasie tijdig en expliciet meedelen aan de patiënten, dit op een gepaste wijze duidelijk maken en aangeven dat binnen de instelling euthanasie niet kan worden uitgevoerd omwille van het onvoorwaardelijke respect voor het leven van iedere mens en de verantwoordelijkheid van de zorgverleners tegenover patiënten.
- **Het verzoek van de patiënt ernstig nemen**
Dit aspect houdt in dat er van de zorgverleners wordt verwacht dat ze zich kunnen inleven in die situatie en zo de vraag van de patiënt aanvoelen en begrijpen. Dit beluisteren en ernstig nemen van de vraag is een teken van respect voor de patiënt.

2.1.2.3 De zorgrelatie uitbouwen

De zorgverleners hebben de taak de zorgrelatie met de patiënt uit te bouwen. De 'klassieke' palliatieve zorg is hier niet mogelijk omdat deze patiënten zich niet in een terminale situatie bevinden. Wellicht moeten zorgverleners toch zoeken naar een vorm van 'psychiatrische' palliatieve zorg. Deze zorg bestaat uit de best mogelijke behandeling, verzorging en begeleiding vanuit een interdisciplinaire benadering.

In de zorgrelatie is aandacht voor betekenis- en zingeving essentieel. Welke gevoelens en emoties, opvattingen en overtuigingen schuilen er achter de vraag om euthanasie? Met welke vragen zit de patiënt? Hoe kunnen zorgverleners helpen om die vragen te situeren in het levensverhaal en de levenscontext van de patiënt? Welke zin ervaart de patiënt nog in zijn leven? Is de vraag om euthanasie werkelijk een vraag om te sterven? Of is het een vraag om verlossing uit de lijdenssituatie of om een ander leven met minder lijden? Het proberen onderscheiden,

samen met de patiënt, van eigenlijke en oneigenlijke vragen om euthanasie is heel belangrijk. De zorgverleners wijzen er steeds op dat ze blijven kiezen voor het leven en dat het voor hen de moeite waard is om voor de patiënt zorg te blijven dragen.

2.1.2.4 De aanhoudende euthanasievraag verhelderen

Het beluisteren en ernstig nemen van de vraag om euthanasie en het helpen verhelderen van de onderliggende betekenissen en vragen is een heel belangrijke vorm van zorg en ondersteuning. In veel gevallen krijgt de vraag om euthanasie daarmee een plaats in de leefwereld van de patiënt. De vraag om euthanasie wordt minder dringend en verdwijnt soms. In andere gevallen blijft de vraag om euthanasie aanwezig. Dan is het belangrijk dat de zorgverleners verwijzen naar de zorgvisie van de instelling of de zorgeenheid en duidelijk stellen dat ze geen euthanasie uitvoeren. Maar het is ook belangrijk dat de zorgverleners samen met de patiënt expliciet nagaan of zijn verzoek om euthanasie voldoet aan de wettelijke vereisten. Het is mogelijk dat de zorgverleners en de patiënt samen tot het inzicht komen dat het verzoek van de patiënt niet voldoet aan de wettelijke vereisten.

2.1.2.5 Verwijzen naar een andere zorgeenheid

Het is ook mogelijk dat de patiënt blijft verzoeken om euthanasie en dat zijn verzoek voldoet aan de wettelijke vereisten. Dan komen de zorgverleners en de patiënt in een impasse terecht. De zorgverleners in een voorziening van de Broeders van Liefde kunnen immers geen euthanasie uitvoeren omwille van de uitdrukkelijke keuze voor de beschermwaardigheid van het leven. In dergelijke situaties is het belangrijk dat de zorgverleners de zorgrelatie niet verbreken. Ze mogen de patiënt met zijn verzoek niet in de steek laten.

De zorgverleners kunnen deze impasse bespreken met de patiënt en kunnen de patiënt informeren over de mogelijkheid om hem door te verwijzen naar een arts die bereid is om euthanasie te overwegen en eventueel uit te voeren. Hoe dan ook zal de eventuele uitvoering van euthanasie enkel kunnen gebeuren buiten de voorziening van de Broeders van Liefde. De zorgverleners bereiden de verwijzing goed voor in overleg met de patiënt en de andere zorgverleners. De verwijzing gebeurt alleen met het akkoord van de patiënt.

2.1.2.6 Een spanningsveld in de zorgverlening

De verwijzing is geen evidente oplossing. Nochtans is het de enige zinvolle uitweg uit het spanningsveld van de zorgverleners om de beschermwaardigheid van het leven voorop te stellen en tegelijk de vraag van de patiënt ernstig te nemen. De zorgrelatie is de verbindende waarde tussen de autonomie van de patiënt en de beschermwaardigheid van het leven. Daarom hebben de zorgverleners de opdracht de continuïteit van de zorgrelatie te garanderen. Dit betekent niet dat de zorgverleners steeds zelf de zorgrelatie moeten voortzetten. Als zorgverleners en patiënt

in een impasse terechtkomen, kunnen ze de zorgrelatie overdragen aan andere zorgverleners. Ze waarborgen dat deze overdracht zorgvuldig verloopt.

2.1.2.7 Continuïteit van de zorgrelatie

Als een rode draad door dit advies loopt een pleidooi om de drie fundamentele waarden zoveel mogelijk te integreren en gestalte te geven: duidelijk kiezen voor de beschermwaardigheid van het leven én ernstig nemen van het verzoek van de patiënt én waarborgen van de continuïteit van de zorgrelatie. De zorgverleners proberen zoveel mogelijk binnen de zorgrelatie het verzoek van de patiënt ernstig te nemen en de waarde van het leven te beschermen. Enkel wanneer ze in een impasse geraken, dragen ze de zorgrelatie over. In het spanningsveld tussen beschermwaardigheid van het leven en de autonomie van de patiënt, is het waarborgen van een zorgrelatie de verbindende kracht (Liégeois, 2006).

2.2 Autonomie en zelfbeschikking: een humanistisch-ethische visie

2.2.1 De ethiek van het waardige stervensrecht

Hugo Van den Enden, hoogleraar moraalwetenschap en bio-ethiek aan de Universiteit Gent en samen met zijn collega professor Etienne Vermeersch de wegbereider van de abortuswet en de euthanasiewet in België, geeft in de tekst 'De ethiek van het recht op waardig sterven' op een bevattelijke manier een overzicht van de morele grondbeginselen van de argumentatie vóór legalisering van euthanasie. Hij vertrekt hierbij vanuit een ethisch-antropologische visie en werkt zo een alternatief uit voor de christelijk-ethische visie die reeds uitgebreid aan bod kwam.

In zijn beschouwing legt Van den Enden de nadruk op vijf ethische beginselen van de problematiek rond 'waardig sterven' en een vrijwillige milde dood (Van den Enden, 2005):

1. de eerbied die de mens verschuldigd is aan de waardigheid van de menselijke persoon
2. de immoraliteit van kunstmatige (medische) instandhouding van nutteloos en uitzichtloos lijden
3. de eerbied voor het persoonlijke zelfbeschikkingsrecht over eigen leven en sterven
4. de ethische meerwaarde van de bereidheid om op basis van empathie, identificatie en mededogen stervenshulp te bieden waar die nadrukkelijk gewild en onontwikkbaar is geworden
5. het ethische non-discriminatiebeginsel.

Hieronder volgt een toelichting van deze vijf beginselen.

2.2.1.1 Eerbied voor de waardigheid van de menselijke persoon

Eerbied voor de waardigheid van de menselijke persoon houdt in dat "ieder voor zich kan en mag uitmaken wat wel en niet in overeenstemming is met zijn waarden, normen en doelstellingen. Niemand mag (...), tegen zijn opvattingen en gevoelens in, op een dwangmatige, nutteloze manier worden aangetast in zijn fysieke, psychische en psychosociale identiteit en in zijn besef van eigenwaarde en persoonswaarde. Een persoon met zachte of harde drukmiddelen in een onherstelbare pijn, angst, ellende of identiteitsaftakeling laten, als hij dat zelf bewust en volgehouden afwijst, is grondig immoreel. (...)

Menselijke waardigheid is niet de waardigheid als dusdanig. Het menselijke leven is niet waardig op zichzelf; het is slechts een feitelijkheid die enkel door haar personalisering het attribuut van waardigheid kan verwerven. Waardigheid is steeds de waardigheid van persoonlijk leven, van de menselijke persoon dus, niet van het abstractum 'leven'. Het leven verwerft waardigheid; het is een bron van waarden en zingeving die waardigheid creëren. Waardigheid is bijgevolg persoonsgebonden en intrinsiek subjectief. Hieruit volgt dat het leven, als het ophoudt een bron te zijn van waarden en zin voor de drager van dat leven, zijn waardigheid verliest. De drager van het leven kan zijn leven daardoor als een negatieve waarde of onwaarde ervaren, waaraan hij een einde wil stellen (...). We moeten het persoonlijke (on)waardigheidsgevoel van de betrokkene respecteren" (Van den Enden, 2005).

2.2.1.2 Nutteloos en uitzichtloos lijden kunstmatig in stand houden is immoreel

Leed en pijn kunnen in het menselijke leven onvermijdelijk en zelfs constructief zijn:

- voor zover ze persoonlijkheidsvormende functies hebben
- voor zover ze een signaalfunctie hebben
- voor zover ze een louterende en/of beproevende betekenis hebben (cfr. levensbeschouwing)
- voor zover ze therapeutisch nuttig (onvermijdelijk) zijn.

"Daarentegen zal niemand vrijwillig leed ondergaan dat nodeloos, nutteloos of uitzichtloos is en geen van de vermelde functies heeft. (...) Leed moet immers een functionele of instrumentele betekenis hebben, anders wijst elk normaal menselijk wezen het af als een onvoorwaardelijk kwaad. (...) Voorkomen en bestrijden van dat leed is ethisch een primordiale medische en ook maatschappelijke plicht. Bij therapeutische hardnekkigheid is het echter zo dat de geneeskundige praktijk dit leed zelf veroorzaakt. Het is 'overmatig' leed als gevolg van ongewenste pogingen om het leven te rekken in situaties die therapeutisch en humanitair uitzichtloos en psychisch onaanvaardbaar zijn. Dit leed laten voortduren, getuigt van een stuitend gebrek aan empathie en sympathie" (Van den Enden, 2005).

2.2.1.3 Persoonlijk zelfbeschikkingsrecht over leven en sterven

“De meest fundamentele waarde is die van het persoonlijke zelfbeschikkingsrecht van de mens over eigen leven en sterven. Deze waarde sluit de vorige twee beginsels in. Binnen de grenzen van de wet en het respect voor andermans vrijheid is het oordeel over goed en kwaad, geoorloofd en ongeoorloofd, wenselijk en onwenselijk, het exclusieve (voor)recht van het autonome individu. Binnen zijn wettelijke en spontane sociale banden en gehechtheden, kiest hij vrij en is hij zelf verantwoordelijk voor zijn eigen waarden, normen, idealen, doeleinden en levenswijze. Het is alleen de betrokkene zelf die kan beslissen wat wel en niet met zijn identiteit en gevoel van eigenwaarde strookt, en bepalen wat voor hem nutteloos en uitzichtloos lijden is. Dit zelfbeschikkingsrecht zit ethisch ingeworteld in het respect voor de menselijke waardigheid. De wils- en handelingsbekwame burger kiest en beschikt (...) in alle kwesties die zijn persoonlijke levenswijze betreffen. Tot die levenswijze moet eveneens zijn stervenswijze behoren, zijn keuze en beslissing over hoe en wanneer hij wenst te sterven als verder leven onherroepelijk strijdig is met zijn concept van menselijke waardigheid. (...)

Tal van tegenstanders van zelfbeschikking en vrijwillige milde dood hanteren al te vaak de grove misvatting dat elke bewuste stervenswil psychopathologisch is. Wie wil sterven is ziek, tijdelijk depressief of gestoord en in zijn stervensverlangen en wanhoop zou hij slechts verkeerd uitgedrukte hulpkreten slaken. Hij moet dus automatisch behandeld, verzorgd en tegen zichzelf beschermd worden. Dit is echter een probleemontkenning. (...) Het is terecht zo dat bij mensen die momentaan zwaar aangeslagen zijn door allerlei omstandigheden, tijdelijke levensmoeheid met emotioneel geuite stervenswens vaak voorkomt. Maar deze vaststelling wordt nogal eens verkeerdelijk gebruikt om mensen te negeren die op nuchtere, welafgewogen en lucide gronden elk verder leven beslist afwijzen wanneer hun waarden en levensgevoel die hun bestaan zin gaven, teloorgaan” (Van den Enden, 2005).

2.2.1.4 Bereidheid om stervenshulp te bieden

“Omdat een aantal categorieën van mensen niet in staat zijn zichzelf op een doeltreffende manier een vrijwillige milde dood te geven, hoort de samenleving ruimte te scheppen voor medische stervenshulp. Menig arts heeft het echter moeilijk met de nieuw ontstane taak van euthanatische hulpverlening. De traditionele medische deontologie berust immer op de triade: ziekte bestrijden, dood bestrijden en pijn verzachten. Deze deontologie moet herdacht en geherformuleerd worden door toevoeging van: actieve stervenshulp bieden om het sterven mild en waardig te maken, hetgeen in sommige gevallen dodelijk handelen impliceert. Dit vergt een herdenking van ‘gij zult niet doden’ in de richting van ‘gij zult niet doden, behalve in die gevallen waarin het de enige manier is om een ondraaglijk lijdende patiënt die daar wel geïnformeerd en volgehouden om verzoekt, uit zijn lijden te verlossen’. Voor velen is dit een cultuurshock. Deze shock houdt echter een ethische meerwaarde van empathie, identificatie en hulpbereidheid ten aanzien van de extreem en uitzichtloos lijdende mens in. Dit kan echter niet worden afgedwongen van artsen die daar onoverkomelijke ideële [sic] problemen mee hebben want ook hun gewetensrecht en zelfbeschikking moeten gerespecteerd worden” (Van den Enden, 2005).

2.2.1.5 Het non-discriminatiebeginsel

“Als de hierboven besproken ethische beginselen tot grondslag van een regeling worden genomen, dan moet het stervensrecht en het recht op hulp consequent worden toegepast op alle categorieën van ondraaglijk en uitzichtloos lijdende mensen die in naam van hun eigen (on)waardigheid en zelfbeschikking hun leven beëindigd willen zien. Er is dus geen plaats voor een discriminatoir onderscheid op basis van leeftijd, aard en oorzaak van het lijden of van de onwaardigheidservaring van het leven” (Van den Enden, 2005).

2.3 Euthanasie als ultieme mogelijkheid: een medisch-ethische visie

In Nederland werd in 1995 de Commissie Hulp bij Zelfdoding geïnstalleerd. Deze Commissie kreeg in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) de taak een ‘protocol’ inzake de te volgen handwijze bij een verzoek om hulp bij zelfdoding te ontwikkelen. In 1998 werd het resultaat ‘Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis – richtlijnen voor de psychiater’ openbaar bekend gemaakt. Deze richtlijnen werden herwerkt in 2004 en in 2009 verscheen een nog recentere versie op de website van de NVvP. Deze tekstbundel poogt vooral een houvast en leidraad te bieden voor psychiaters. De zorgvuldigheid waarmee de tekst werd opgesteld, onthult tevens de benadering van het thema en vormt een standpunt op zich vanuit een medisch-ethische invalshoek.

Binnen de beroepsgroep van psychiaters bestaan verschillende opvattingen over de aanvaardbaarheid van het verlenen van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten. Principiële tegenstanders van het verlenen van hulp door artsen aan personen die een duidelijke doodswens uiten, gebruiken wel eens het argument dat iemand die dood wil suïcide kan plegen, en niet aan een ander zou mogen vragen om hierbij assistentie te verlenen. Met andere woorden: in deze visie mag een psychiater, als arts, niet ingaan op een verzoek om euthanasie (Tholen et al., 2009).

Toch zijn er ook een aantal overwegingen, zo stelt de Commissie Hulp bij Zelfdoding in haar richtlijnen voor de psychiater, die euthanasie medisch-ethisch toch kunnen rechtvaardigen.

- De eerste overweging houdt verband met motieven van mededogen en barmhartigheid. Een arts die na zorgvuldige beoordeling tot de overtuiging komt dat aan alle wettelijke eisen voor hulp bij zelfdoding is voldaan, mag de hulpvrager vervolgens niet aan zijn lot overlaten. Hij moet bevorderen dat het beëindigen van het leven op een menswaardige manier kan plaatsvinden. Hiertoe behoort het verstrekken van medicinale middelen en het begeleiden van de hulpvrager bij de uitvoering van de suïcide.
- De tweede overweging is dat de arts een exclusieve rol heeft bij het voorschrijven van dodelijke medicinale middelen. Zonder de hulp van een arts kan iemand die uit het leven wil stappen niet of heel moeilijk de beschikking krijgen over middelen die met zekerheid tot de dood zullen leiden. Dit betekent dat de patiënt, als de arts geen adequaat middel

voorschrijft, alleen de keuze heeft uit andere methoden die mogelijkwijze harder, riskanter of gewelddadiger zullen zijn.

- Een derde overweging hangt met de vorige samen. Gewelddadige suïcides kunnen traumatiserend zijn voor andere personen (bijvoorbeeld voor treinbestuurders). Het verstrekken van dodelijke medicinale middelen kan zulke traumatiserende ervaringen voor omstanders voorkomen.
- De vierde en laatste overweging betreft de gevolgen van zelfmoordpogingen voor de betrokkene zelf. Als hij zijn toevlucht neemt tot een harde methode, kan hij zichzelf ernstige en blijvende schade toebrengen, zonder het beoogde doel, de dood, te bereiken.

De richtlijnen voor de psychiater sluiten aan bij de Nederlandse wetgeving. Waar de Nederlandse wet het echter heeft over 'hulp bij zelfdoding' kan naar analogie de overstap gemaakt worden naar de situatie in België, gebaseerd op de Belgische euthanasiewet. 'Hulp bij zelfdoding' kan op die manier worden gelezen als euthanasie, uiteraard enkel indien aan de Belgische wettelijke voorwaarden wordt voldaan.

2.3.1 Levenshulp

Hulp bij zelfdoding is een ultieme handeling. Dit betekent dat hulp bij zelfdoding niet wordt uitgevoerd, behalve in een door de arts als noodsituatie beoordeelde omstandigheid. Ieder verzoek van een psychiatrische patiënt om hulp bij zelfdoding moet in eerste instantie worden opgevat als een vraag om levenshulp. De hulpverlening moet dan ook allereerst gericht zijn op het vinden van een levensperspectief. Het belangrijkste in de eerste fase van het contact is uit te zoeken wat de hulpvrager precies wil, vooral omdat veel mensen die om hulp bij zelfdoding vragen eigenlijk een goede effectieve behandeling willen: "Er moet iets anders gebeuren, het is geen leven op deze manier". Mogelijk bestaan er behandelingen en andere mogelijkheden die nog niet zijn toegepast.

De Commissie gaat er van uit dat suïcidaliteit vrijwel altijd een teken van psychopathologie is en dat vragen om hulp bij zelfdoding daarom in eerste instantie dienen te worden opgevat als signalen van een onderliggende problematiek. De benadering zal dan gericht moeten zijn op levenshulp: suïcidepreventie en behandeling van de onderliggende problematiek. Als de stoornis tijdelijk is of goed behandeld kan worden met gesprekken en/of medicijnen, zal de psychiater proberen uit te leggen dat er nog geen reden is om de hoop te laten varen. Vervolgens zal hij aanbieden ervoor te zorgen dat de hulpvrager een adequate psychiatrische behandeling krijgt. Gezien het bovenstaande pleit de Commissie voor een betere, meer zorgvuldige hulpverlening aan patiënten met een duurzame doodswens en zet ze de hulpverlener ertoe aan te zoeken naar oplossingen voor ogenschijnlijk hopeloze situaties. Het is daarbij van belang dat hij de patiënt laat zien dat hij de doodswens au sérieux neemt, al was het alleen maar om een goede behandelrelatie tot stand te brengen. In dit verband hoort hij uit te leggen wat de verplichtingen zijn voor zowel de patiënt als de hulpverlener, zodat ook de patiënt begrijpt wat hij verwachten en vragen mag (Tholen et al., 2009).

2.3.2 Het principiële weigeren van hulp bij zelfdoding

De Commissie beseft dat over hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten uiteenlopende opvattingen bestaan, zowel in de samenleving als binnen de beroepsgroep van psychiaters. In de eerste plaats bestaat er de door de Commissie onderschreven opvatting dat hulp bij zelfdoding in uitzonderlijke gevallen medisch-ethisch verantwoord handelen kan zijn. Als uiterste staat daartegenover, ook binnen de beroepsgroep, de opvatting dat hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten in alle gevallen principiële afgewezen moet worden. Voor deze principiële afwijzing worden verschillende gronden gegeven, zoals:

- Zelfdoding is in het algemeen ethisch onaanvaardbaar.
- Hulp bij zelfdoding is onverenigbaar met een medische of psychiatrische hulpverleningsrelatie.
- Als een patiënt zichzelf zonder hulp kan doden, mag hij een ander niet om hulp vragen.
- Bij patiënten met een psychiatrische stoornis is nooit overtuigend vast te stellen of zijn doodswens weloverwogen is of voortvloeit uit een onderliggende pathologie.

Deze opvattingen, zo stelt de Commissie, verdienen als zodanig respect. De Commissie gaat ervan uit dat er op individuele psychiaters een morele noch een juridische plicht rust om hulp bij zelfdoding te verlenen aan patiënten die daarom vragen. Evenmin bestaat er een vanzelfsprekend recht op hulp bij zelfdoding. Wel heeft elke psychiater de plicht om zorgvuldig om te gaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding.

De Commissie is van mening dat een psychiater die principiële weigert hulp bij zelfdoding te bieden dit standpunt zo vroeg mogelijk dient duidelijk te maken aan de patiënt. Hij zal de patiënt moeten informeren over zijn intentie om levenshulp te bieden en over de mogelijkheid dat de patiënt, als deze zijn verzoek handhaaft, een andere psychiater benadert. Maakt de patiënt van de mogelijkheid tot doorverwijzing gebruik, dan mag van de psychiater verwacht worden dat hij medewerking verleent aan een zorgvuldige beëindiging van de relatie met de patiënt en aan de overdracht van de gegevens aan de collega (Tholen et al., 2009).

2.3.3 Hulp bij zelfdoding

Suïcidaliteit is niet per definitie een psychopathologisch verschijnsel. Volgens de Commissie is het mogelijk dat in uitzonderlijke gevallen een verzoek om hulp bij zelfdoding, geuit door een psychiatrische patiënt, het resultaat is van een zorgvuldig afwegingsproces. Hoewel veel van de door psychiatrische patiënten geuite doodswensen een tijdelijk en daarmee voorbijgaand karakter hebben, gaat de Commissie ervan uit dat in sommige gevallen een doodswens een duurzaam karakter kan krijgen en uiteindelijk houdt.

De Commissie vindt het belangrijk dat de psychiater in een vroeg stadium duidelijkheid schept over het traject dat de patiënt en de hulpverlener dienen te doorlopen, alvorens definitief een beslissing kan worden genomen over het verzoek om hulp bij zelfdoding. De psychiater kan dan samen met de patiënt initiatieven ontplooiën om een dreigende zelfdoding te voorkomen. De

patiënt moet zich zo vroeg mogelijk bewust worden van deze inspanningsverplichting, met name wat betreft de medewerking aan de in aanmerking komende behandeling. Het proces waarbij levenshulp voorop staat kost veel tijd, waarbij de psychiater in geen enkel geval kan afzien van de zorgvuldigheidseisen. Wel heeft de patiënt het recht te weten of zijn psychiater hem in het uiterste geval wel of niet zal helpen (met begeleiding en middelen) bij zelfdoding (Tholen et al., 2009).

2.4 Palliatie in de psychiatrie

De term 'palliatieve psychiatrie' of 'psychiatrische palliatie' is een recent ontstaan begrip dat voor de meeste hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg nog altijd vrij onbekend is. De term wekt soms verbazing en zelfs enige weerstand. Psychiater An Haekens pleit ervoor om deze aanpak ruimer te interpreteren en ook binnen de psychiatrie een plaats te geven, naast het al bestaande, uitgebreide therapeutische arsenaal: "In de somatische geneeskunde is de palliatieve zorg de voorbije decennia goed doorgedrongen en opgenomen, maar in de psychiatrie is er nog zo goed als geen aandacht voor een palliatieve aanpak" (Verreyken, 2007). Maar wat er in de psychiatrie vaak gebeurt, is eigenlijk palliatie in de ruime zin van het woord. Veel psychiatrische aandoeningen zijn immers niet echt te genezen en strikt genomen wordt er in de meeste gevallen niet veel meer gedaan dan het verzachten van het lijden.

Palliatie in de psychiatrie heeft dan wel niet rechtstreeks met euthanasie te maken, maar het kan er een 'waardig' alternatief voor zijn. Euthanasie kan maar in overweging worden genomen als men ook de alternatieven bestudeert.

2.4.1 Wat is palliatieve psychiatrie?

Haekens verwoordt het als volgt: "Om over palliatie in de psychiatrie te kunnen reflecteren, is een goede begripsafbakening nodig. Over palliatieve zorg bestaat immers nog altijd veel verwarring. Velen begrijpen palliatieve zorg als terminale zorg, wat bij sommigen het gevoel oproept dat de patiënt wordt 'opgegeven'. Maar terminale zorg is maar een deel van de palliatieve zorg. Het is niet omdat een patiënt 'uitbehandeld of onbehandelbaar' is en zelfs rehabilitatie of andere therapieën voor chronische patiënten niet meer werken, dat de patiënt moet worden opgegeven" (Verreyken, 2007).

De definitie van palliatieve zorg, in 2002 door de Wereldgezondheidsorganisatie opgesteld, is erg goed toepasbaar op de aanpak van onbehandelbare psychische stoornissen. In de definitie staat dat palliatieve zorg de actieve totaalzorg is voor patiënten die ongeneeslijk ziek zijn, bij wie dus verdere op genezing gerichte behandeling zinloos is, zodat de behandeling zich toespitst op de kwaliteit van het resterende leven. Pijnbestrijding, bestrijding van andere onaangename symptomen en opvang en begeleiding van psychologische, sociale en spirituele problemen is hierbij de hoofdzaak (Ispahan, z.d.).

“Psychiatrische palliatie betekent dat men moet proberen de diagnostische categorieën los te laten en los van het ziektebeeld de aandacht voor het psychisch lijden van de patiënt te vergroten”, vervolgt Haekens haar pleidooi. “Dat betekent dat men beter moet trachten te omschrijven wat pijn betekent, maar ook andere emoties zoals angst, wanhoop, hoop, achterdocht, zelfhaat, onmacht, enzovoort. Ik denk dat de psychiatrie het gesprek moet aangaan met andere disciplines zoals de filosofie en de theologie. (...) Het valt op dat almaar meer wetenschappen, zoals ook de economie en de geneeskunde, belangstelling vertonen voor vraagstukken die raken aan zingeving en spiritualiteit. (...) Ik denk dat het bijzonder belangrijk is zich te verdiepen in het lijden en de eigen opstelling daartegenover, om beter te weten hoe men het leed van anderen kan verzachten.”

De kritiek dat psychiatrische palliatie hetzelfde zou zijn als rehabilitatie, wordt door Haekens genuanceerd: “Rehabilitatie zoals in de psychiatrie gekend, betekent de patiënt zo optimaal mogelijk laten functioneren in een zo normaal mogelijke sociale context. De bedoeling is het meest gezonde en het beste uit de patiënt te halen. Uiteraard is die benadering voor veel ‘chronische’ patiënten bijzonder zinvol, nuttig en noodzakelijk, maar ze biedt voor een aantal mensen geen of een onvoldoende antwoord op hun lijden. Bij rehabilitatie ligt het accent weliswaar eerder op symptoomhantering dan op het verminderen van de symptomen, maar er wordt blijvend gestreefd naar een zo groot mogelijke autonomie, een zo normaal mogelijk leven in de maatschappij” (Verreyken, 2007). Haekens wil daarmee vooral stilstaan bij het lijden in een poging daarbij zo veel mogelijk recht te doen aan het mens-zijn.

2.4.2 De functie en de betekenis van hoop in uitzichtloos lijden

Eén van de kernbegrippen in de visie rond palliatieve psychiatrie is het concept ‘hoop’. Hoop kan worden omschreven als een fundamentele ervaring van het menselijke bestaan dat functioneert als een wijze van denken, voelen en doen en als een manier waarop iemand verbonden is met zichzelf en de wereld. Hoop kan flexibel zijn in de verwachtingen. Ook als wat men hoopt geen werkelijkheid wordt, dan nog kan hoop aanwezig zijn (Farran, Herth & Popovich, 1995). Bij deze omschrijving van het concept ‘hoop’ kunnen 4 kenmerken worden onderscheiden (Vandenhoeck, 2008):

- Hoop omschrijven als ‘een fundamentele ervaring van het menselijk bestaan’ betekent net zoveel als stellen dat hoop een universeel gegeven is. Ieder mens is bijgevolg in staat om te hopen.
- In voorgaande omschrijving stelt men ook dat hoop een wijze is van verbonden zijn met zichzelf en de wereld waardoor hoop als innerlijk menselijk gegeven dus ook kwetsbaar is voor invloeden uit die wereld. Hoop kan groeien, opgewekt of vernietigd worden door externe factoren en is bijgevolg veranderlijk en flexibel.
- Hoop functioneert als een wijze van denken, voelen en doen. Het is dus niet louter en alleen verankerd in het rationele, maar ook in de emotie en het handelen, vandaar het verschil met het zuiver positief denken of het optimisme.

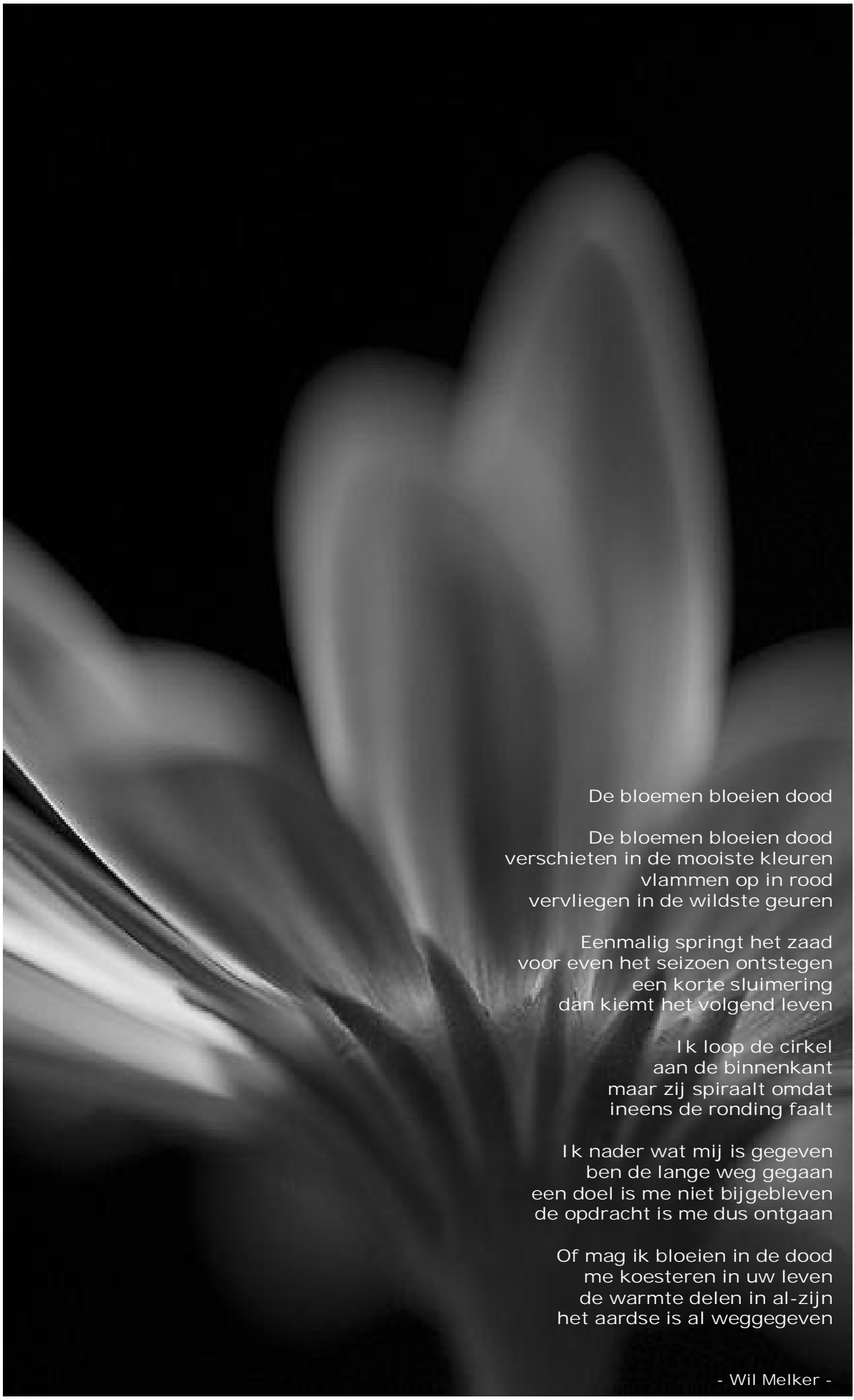
- Hoop heeft bovendien een relatie met de tijd. Via de verwachtingen wordt het verbonden met de toekomst en kan het dienst doen als existentiële motor. Maar hoop is ook geworteld in het verleden en komt tot uiting in het heden.

Bij het reflecteren over hoop, in de context van een uitzichtloze situatie, is het belangrijk om na te gaan welke invloed de tijd hierop uitoefent. De relatie tussen mens en tijd vertoont een dualistisch karakter. Enerzijds zit de mens gevangen in de tijd, kan hij de tijd niet stopzetten en gebeurtenissen uit het verleden niet veranderen. Anderzijds kan de tijd ook bevrijdend werken omdat er een toekomst is en daardoor ook een mogelijkheid tot ontwikkeling en verandering (Vandenhoeck, 2008).

Als men deze beschouwing rond het concept 'hoop' grondig doorneemt, ligt hierin een sterk tegenargument voor euthanasie bij niet-terminale patiënten. Als hoop immers verbonden is met tijd, hoe kan (psychisch) lijden dan als uitzichtloos en ongeneeslijk worden beschouwd? Is de vraag om euthanasie dan simpelweg te herleiden tot een (tijdelijke) uiting van wanhoop die met het verlopen van de tijd als vanzelf zal uitklaren? En als hoop kan worden beïnvloed door externe factoren, hoe zet men een veranderings- of verbeteringsproces dan in werking?

HOOFDSTUK 3

PRAKTIJKGERICHTE AANDACHTSPUNTEN IN VERBAND MET EUTHANASIE BIJ MENSEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING



De bloemen bloeien dood

De bloemen bloeien dood
verschieten in de mooiste kleuren
vlammen op in rood
vervliegen in de wildste geuren

Enmalig springt het zaad
voor even het seizoen ontstegen
een korte sluimering
dan kiemt het volgend leven

Ik loop de cirkel
aan de binnenkant
maar zij spiraalt omdat
ineens de ronding faalt

Ik nader wat mij is gegeven
ben de lange weg gegaan
een doel is me niet bijgebleven
de opdracht is me dus ontgaan

Of mag ik bloeien in de dood
me koesteren in uw leven
de warmte delen in al-zijn
het aardse is al weggegeven

- Wil Melker -

3 Praktijkgerichte aandachtspunten in verband met euthanasie bij mensen met een psychiatrische aandoening

In het eerste hoofdstuk werd uitgebreid ingegaan op de wettelijke bepalingen omtrent euthanasie en op de knelpunten bij toepassing van deze wet in de geestelijke gezondheidszorg. In het tweede hoofdstuk werden de ethische aspecten en de verschillende visies ten aanzien van euthanasie bij patiënten met een psychiatrische stoornis onder de loep genomen.

Dit derde hoofdstuk gaat in op de praktijk, en dit vanuit het standpunt van de psychiatrisch verpleegkundige. Wat is de rol en de positie van de psychiatrisch verpleegkundige in het contact met en de begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek om euthanasie? Wat kan een verpleegkundige doen en met welke aandachtspunten moet rekening worden gehouden?

Eerst worden de omstandigheden en de situatie waarin een patiënt een vraag om euthanasie stelt op basis van psychisch lijden, voorgesteld aan de hand van twee casussen. Daarna wordt kort stilgestaan bij de invloed die waarden en normen, van de verpleegkundige zelf, kunnen hebben op het professioneel handelen. Het hoofdstuk vervolgt met een uitgebreide bespreking van een aantal mogelijke invalshoeken van waaruit men mogelijk een aangepaste manier kan ontwikkelen om patiënten met een verzoek om euthanasie te benaderen en te begeleiden. Deze bestaande modellen vormen dan ook de basis voor de formulering van een eigen voorstel. Dit voorstel omvat algemene, maar ook een aantal heel concrete aandachtspunten voor psychiatrisch verpleegkundigen in de begeleiding en ondersteuning van psychiatrische patiënten met een verzoek om euthanasie. Vervolgens maakt een schematische voorstelling het proces dat gevolgd wordt bij het in overweging nemen van een euthanasieverzoek aanschouwelijk en laat zien dat er redelijk wat tijd verloopt tussen een vraag en de eventuele uitvoering.

Het hoofdstuk wordt afgerond met een overzicht van enkele belangenorganisaties en opmerkelijke initiatieven die zich inzetten voor de thematiek van waardig sterven, hulp bij zelfdoding en euthanasie.

3.1 Casussen

Waarom vraagt een psychiatrische patiënt voor wie het psychisch lijden uitzichtloos is om euthanasie? Het is niet evident om de ondraaglijkheid en de diepte van het lijden in woorden te vatten en tegelijk een objectieve weergave van de feiten te geven. De twee casussen die hier worden beschreven, geven een beeld van de omstandigheden en de (lange) lijdensweg van patiënten voor wie ondraaglijk lijden de aanleiding is voor een weloverwogen vraag om euthanasie.

3.1.1 Casus Johanna (40 jaar)

3.1.1.1 *Voorgeschiedenis en algemene schets van de situatie*

Johanna groeit op in een arbeidersgezin, samen met twee oudere broers. Haar moeder is een affectief arme vrouw die haar kinderen geen knuffels geeft en in het gezin heerst een zeer beklemmende sfeer. Beide ouders hebben geen emotionele band met de kinderen. De vader overlijdt als Johanna 13 jaar oud is.

Johanna behaalt een diploma secundair onderwijs (handel-talen), waarna ze een aantal jaren werkt als bediende in een grote firma. Op het werk leert ze haar man kennen. Ze trouwen en vrij snel krijgt Johanna een zoon en kort daarna nog twee dochters. Johanna blijft al die tijd aan het werk, maar door haar perfectionisme slaagt ze er niet in het te combineren met de zorg voor de kinderen. Regelmatig kent ze periodes van extreme vermoeidheid en neerslachtigheid waardoor haar man het grootste deel van de tijd instaat voor de zorg voor hun drie kinderen en voor het huishouden.

Deze situatie houdt lange tijd stand maar verslechtert drastisch. Johanna wordt verschillende keren in crisis opgenomen, meermaals gevolgd door langdurige opname in verschillende psychiatrische instellingen. De laatste zes jaar kent ze een toenemend sociaal, emotioneel en relationeel verval. Dit heeft als gevolg dat Johanna steeds meer het contact verliest met haar kinderen, familie en vrienden. De laatste jaren heeft ze haar kinderen (ondertussen alle drie jongvolwassenen) nog maar zeer sporadisch gezien. Ze zijn, ook volgens de vader, niet meer te motiveren tot contact gezien de afwezigheid van een emotionele relatie met hun moeder. Johanna zelf bevestigt haar aandeel hierin. De afgelopen zes jaar heeft Johanna niet meer gewerkt en momenteel zegt ze geen enkele motivatie meer te hebben om verder te leven.

Johanna heeft verschillende ernstige zelfmoordpogingen ondernomen. Ze blijft bijzonder suïcidaal. Ze zegt dat ze zeker uit het leven zal stappen als ze geen hulp krijgt. Haar man is bereid mee verder te zoeken naar een oplossing, maar vreest heel sterk de gevolgen van de suïcidaliteit van zijn vrouw. Hij ziet zijn vrouw zo lijden dat hij bereid is haar vraag om euthanasie te steunen.

3.1.1.2 *Hulpverlening*

De voorbije ze jaar werd Johanna verschillende keren opgenomen in de psychiatrie. De psychiater stelt de diagnose van 'recidiverende majeure depressie met suïcidaliteit, dysthyme stoornis, ptss en borderline functioneren'. In een telefonisch onderhoud vat deze psychiater de problematiek samen als majeure depressie bij majeure persoonlijkheidsproblematiek. Hij schat ook in dat de kans op suicide groot is. Johanna richt zich met een vraag om euthanasie tot een andere psychiater, die (net zoals de eerste psychiater) denkt dat een premorbide persoonlijkheidsproblematiek en/of een eventuele ontwikkelingsproblematiek aan de grondslag ligt van de recidiverende depressies.

Ondanks therapietrouw in de behandeling is er, zij het met schommelingen, een continu verval van mogelijkheden. Johanna zegt geen kwaliteit van leven meer te hebben en, gezien de therapieresistentie na al die jaren, ook geen perspectief meer te zien.

De psychiater van het ziekenhuis waar Johanna momenteel is opgenomen, erkent dat de huidige therapieën falen, maar denkt dat een universitaire setting meer aangewezen zou kunnen zijn omdat nog niet alle therapeutische middelen zijn uitgetoetst. Hij bevestigt dat Johanna een ernstige suïcidekandidate is. Hij oppert dat er misschien nog meer kan gebeuren in de op puntstelling van de diagnose. In herhaald overleg met Johanna is echter heel duidelijk dat ze geen enkele interventie meer aanvaardt, noch differentiaal diagnostisch noch therapeutisch. Er is geen enkele invalshoek die haar nog raakt of interesseert.

Het is belangrijk te vermelden dat Johanna, ondanks de medicatie die ze neemt, helder van geest is en goed georiënteerd in tijd en ruimte. Ze brengt een coherent verhaal; er zijn geen discrepanties in de heteroanamnese met de echtgenoot. Uit de gesprekken blijkt niet dat Johanna onder druk handelt, ook niet uit het gesprek dat ze alleen, zonder haar echtgenoot, met de psychiater voert.

De psychiater erkent ten slotte geen enkele therapie te kunnen voorstellen die een goede kans biedt om, binnen een voor Johanna aanvaardbare termijn, opnieuw een aanvaardbare kwaliteit van leven te bieden. Hij concludeert dat er sprake is van een weloverwogen, herhaaldelijk verzoek om euthanasie bij een vrouw in heldere toestand, op basis van langdurig ondraaglijk psychisch lijden dat niet gelenigd kon worden ondanks zeer doorgedreven behandeling en therapietrouwe attitude van patiënte en echtgenoot.

3.1.2 Casus Paul (33 jaar)

3.1.2.1 Voorgeschiedenis en algemene schets van de situatie

Paul groeit op als enig kind in een gezin met twee hardwerkende ouders. Afgezien van autoriteitsproblemen met zijn vader, een succesvol zakenman, verloopt zijn ontwikkelingsgeschiedenis onopvallend. Tijdens zijn puberteit wordt Paul zich bewust van zijn homoseksualiteit; hij vreest echter dat dit niet geaccepteerd zou worden binnen zijn familie- en kennissenkring en vertelt er dan ook niemand over.

Op zijn 18de begint Paul aan een studie sociologie en dat verloopt vlot. In zijn laatste jaar kiest hij als onderwerp van zijn thesis een thema op het terrein van seksualiteit, maar naarmate de tijd vordert, blijkt hij niet in staat voortgang te boeken. Zijn mentor raadt hem aan een ander onderwerp te kiezen. Paul voelt zich hierdoor zeer gekrenkt. In de volgende dagen wordt hij in toenemende mate achterdochtig; hij werkt dag en nacht aan de thesis, is zeer geagiteerd, slaapt en eet niet, en leeft in angst door de gedachte dat men hem belaagt vanwege zijn revolutionaire ideeën over seksualiteit. Op een dag trekt hij naakt de straat op om pamfletten uit te delen. Hij

wordt onmiddellijk opgepakt door de politie en in crisis opgenomen, waarna er een langdurige opname op een open afdeling volgt.

Drie jaar na deze opname lijkt Paul een relatief stabiele periode te kennen en hij schrijft zich opnieuw in voor een andere studierichting. Vrij snel treden er echter opnieuw psychotische symptomen op de voorgrond en Paul stopt zijn studies. Zijn vader overlijdt kort daarna, maar Paul lijkt er niet op te reageren. Hij trekt bij zijn moeder in, die min of meer eist dat hij zich opnieuw laat behandelen. Paul gaat in ambulante therapie bij een psychiater.

Naarmate de jaren verstrijken wordt Paul erg inactief en in zichzelf gekeerd. Zijn moeder neemt het besluit een appartement in de buurt voor hem te huren in de hoop dat dit hem kan stimuleren tot meer zelfstandigheid. Zeven jaar na de verhuizing heeft hij zijn appartement nog steeds niet ingericht en leeft hij in een kale ruimte. Er is een tv, maar die is al een aantal jaren kapot en er is enkel het geluid van een oude radio. De afwas wordt niet gedaan. Hij eet drie keer per week een warme maaltijd bij zijn moeder maar gaat zelden of nooit met haar in gesprek. Zijn financiën worden door haar beheerd.

Momenteel, dertien jaar na de eerste psychose, heeft Paul nog amper sociale contacten. Hij is het liefst alleen en geeft een afgevlakte indruk. Hij zegt ondanks de medicijnen toch nog te hallucineren. In de contacten met zijn psychiater (om de twee weken) herhaalt hij reeds geruime tijd geen zin meer te hebben om te leven. In eerste instantie zei hij geen suicide te willen plegen omdat hij zijn moeder dit niet wilde aandoen. De voorbije weken lijkt de lijdensdruk zodanig te zijn toegenomen dat hij nu ook suicide in overweging neemt als de psychiater hem niet wil helpen om er een einde aan te maken.

3.1.2.2 Hulpverlening

Paul werd op zijn 20ste voor het eerst opgenomen met een acuut psychotisch beeld op de crisisafdeling. Er volgde een langdurige opname van drie jaar (met korte onderbrekingen). Uit onderzoek kwam duidelijk naar voor dat Paul voornamelijk last had van betrekkingswanen en auditieve hallucinaties. De psychiater stelde een diagnose van schizofreniforme psychose waarna onmiddellijk farmacotherapie werd opgestart. Hoewel de medicatie in eerste instantie leek aan te slaan, volgde kort daarna een nieuwe psychotische opstoot. Gezien het toestandbeeld en het verdere verloop werd de diagnose door diezelfde psychiater bijgesteld naar een ernstige vorm van 'schizofrenie'.

Paul volgde in de beginperiode intensieve psychotherapie. Toch blijft zijn ziekte-inzicht tot op vandaag relatief beperkt. Dit wil echter niet zeggen dat hij zich niet bewust is van zijn aftakeling, die erg zwaar op hem weegt. Paul zondert zich af, verwaarloost zichzelf en ziet het nut van medicatie niet in. Eenmaal per maand haalt Paul desondanks, op aandringen van zijn moeder, een depotinjectie antipsychotica bij de huisarts. Paul geeft aan dat dit weinig of geen (gunstig) effect op hem heeft.

De huidige psychiater erkent het weinig rooskleurige vooruitzicht van Pauls situatie. Geen van de talrijke antipsychotische middelen die tot nu toe werden getest, geven een bevredigend resultaat. Ook op Clozapine reageert Paul slecht. Bij bloedcontrole werd agranulocytose (ernstige bijwerking waarbij de witte bloedcellen, noodzakelijk voor bescherming tegen infecties, worden afgebroken) vastgesteld, waarna de toediening van dit middel werd stopgezet en de depotinspuiting opnieuw werd opgestart, ondanks het weinig bevredigende resultaat.

Hoewel er reeds een jarenlange behandeling loopt bij de huidige psychiater, slaagt deze er niet in een vertrouwensrelatie met Paul op te bouwen. De meeste informatie of wijzigingen in het toestandsbeeld worden hem via de moeder van Paul telefonisch of tijdens de consultatie meegedeeld. De moeder is diegene die Paul er steeds weer toe aanzet om toch naar de afspraak met de psychiater te gaan. De voorbije maanden blijft Paul steeds weer vragen om er een einde aan te maken. De moeder, die in eerste instantie erg ontsteld reageerde, erkent de lijdensdruk die haar zoon ervaart. Ze nam al verschillende keren contact op met de psychiater om haar bezorgdheid te uiten over de sterk verslechterde gemoedstoestand van haar zoon. Ze zegt begrip te kunnen opbrengen voor de doodswens van haar zoon, maar wil voorkomen dat hij op een gruwelijke manier zelf een einde aan zijn leven zou maken.

(Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2006)

3.2 Persoonlijke waarden en normen versus professionele attitude

Met een patiënt een gesprek aangaan over het verlangen te sterven is voor psychiatrisch verpleegkundigen niet altijd evident. De confrontatie met de eigen sterfelijkheid, de relationele boodschap in de stervenswens dat de omgeving niet de moeite waard is om voor te blijven leven, een mogelijk schuldgevoel, maar ook de primaire drijfveer van het overleven, zorgen ervoor dat afwijzing vaak de eerste reactie is tegenover de patiënt (Bogaard, 2008).

Afwijzende reacties tegenover suïcidale mensen kunnen het gevolg zijn van negatieve ervaringen: teleurstellende resultaten van psychiatrische interventies kunnen de verpleegkundigen een machteloos gevoel geven en moedeloos maken. Bovendien botst de doodswens van de suïcidale patiënt met de waarden van de verpleegkundige: de patiënt heeft er recht op dood te willen, terwijl de verpleegkundige de patiënt tegen zijn wil hulp opdringt opdat hij zou blijven leven. Vaak gerapporteerde reacties zijn boosheid, frustratie en het ontbreken van empathie. Ook angst voor overbetrokkenheid speelt een rol. Deze emoties en gedragingen kunnen een obstakel vormen voor het begrijpen van suïcidale patiënten en het opbouwen van een goede werkrelatie. Het is belangrijk dat de verpleegkundige zich bewust is van de manier waarop eigen waarden, normen en gevoelens de werkrelatie met de patiënt beïnvloeden (Broers & Van Weeghel, 2000). De manier waarop een hulpverlener met de patiënt en zijn doodswens omgaat, wordt grotendeels bepaald door hoe hij als hulpverlener zelf met zijn gevoelens omgaat en in welke mate hij er al dan niet kan of durft bij stilstaan (Van Lieshout, 1997).

Het departement psychiatrie van de Umeå Universiteit in Zweden heeft een vragenlijst opgesteld, de zogenaamde ATTS-vragenlijst (Attitudes Towards Suicide, zie bijlage B), die de eigen opvattingen van de hulpverlener tegenover suïcide en dood onderzoekt. Deze ATTS-vragenlijst peilt in de eerste plaats naar het persoonlijk contact met suïcide in de onmiddellijke omgeving van de hulpverlener. Daarna volgt een lijst van 43 attitudevragen en tot slot een paar persoonlijke vragen over de mate waarin een hulpverlener zelf al suïcidale of depressieve gedachten heeft gehad. De bedoeling is de hulpverlener inzicht in zijn eigen opvattingen te geven, eventueel linken te leggen met zijn eigen leven en na te gaan hoe emotioneel of rationeel hij tegenover het onderwerp staat. Daarna kan men eventueel met collega's de resultaten bespreken en zien in hoeverre het team op dezelfde golflengte zit (of juist niet).

Mits enkele kleine aanpassingen kan een dergelijk concept ook zinvol zijn om de eigen houding als hulpverlener ten aanzien van euthanasie (en mensen met een aanhoudende doodswens) aan onderzoek te onderwerpen. Bovendien kan zo'n vragenlijst ook worden gebruikt in de opleiding voor geestelijke gezondheidszorg. Peilen naar eigen attitudes tegenover euthanasie, sterven en dood is essentieel voor de ontwikkeling van een professionele houding in contact met patiënten met een doodsverlangen en een vraag om euthanasie.

3.3 Competenties en vaardigheden voor professionele hulpverlening aan psychiatrische patiënten met een vraag om euthanasie

In Nederland is onlangs (in 2009) een vernieuwde versie van de 'richtlijnen voor psychiaters' uitgegeven en ook voor verpleegkundigen op palliatieve diensten wordt meer en meer aandacht besteed aan het uitschrijven van richtlijnen en protocollen voor de benadering van patiënten (met een somatische aandoening in een terminale fase) die de vraag om euthanasie stellen. Voor psychiatrisch verpleegkundigen zijn er echter geen specifieke richtlijnen voor professioneel handelen beschikbaar. Gericht onderzoek en gespecialiseerde literatuur daarover is tot nog toe onvoldoende voorhanden.

Dit deel behandelt een aantal reeds bestaande theorieën en handelwijzen die gehanteerd worden in andere omstandigheden of bij een andere problematiek (zoals bvb. hulpverlening aan acuut suïcidale patiënten). Het is immers niet zozeer nodig om nieuwe 'technieken' of pasklare 'oplossingen' te formuleren, maar wel om gericht stil te staan bij de situatie. De confrontatie met patiënten met een (duurzame) doodswens kan een sterke indruk nalaten op verpleegkundigen en net dan kan het goed zijn om terug te grijpen naar reeds gekende basisvaardigheden: het verhaal van de patiënt au sérieux nemen, actief luisteren, in contact blijven met de patiënt en hem niet in de steek laten, ... Het gaat hier om essentiële aspecten binnen de hulpverlening en allemaal lijken het heel gewone vaardigheden en betrachtingen in het dagelijkse werk van een psychiatrisch verpleegkundige. Toch zijn het net die vaardigheden die het snelst in het gedrang komen wanneer verpleegkundigen zich niet meer zo op hun gemak voelen of als een patiënt de verpleegkundige te erg confronteert met thema's waar deze het zelf moeilijk mee heeft.

De theorieën, modellen en benaderingen die hieronder worden overlopen, omvatten elk op hun manier tal van deze basisvaardigheden, die ook waardevol zouden kunnen zijn in de begeleiding van patiënten met een aanhoudend verzoek om euthanasie. Doorgaans is de link duidelijk zichtbaar. Soms gaat het enkel om een basishouding of een bepaalde techniek die wordt beschreven (vb. actief luisteren), soms bestaat de link eruit dat de doelgroep gelijkenissen vertoont met psychiatrische patiënten die op basis van ondraaglijk psychisch lijden om euthanasie vragen (vb. chronisch suïcidale patiënten).

Het eigen voorstel dat uiteindelijk wordt aangereikt, bevat een aantal aandachtspunten die gebaseerd zijn op elementen van de besproken, reeds bestaande benaderingen. De effectiviteit van deze aandachtspunten in de benadering van psychiatrische patiënten met een verzoek om euthanasie werd echter nog niet aangetoond, maar de essentie ervan heeft in andere omstandigheden veelal zijn bruikbaarheid wel reeds bewezen. Het zijn bijgevolg slechts suggesties die een aanzet kunnen zijn voor verdere uitwerking, een aanmoediging voor verder onderzoek.

3.3.1 Een communicatiemodel rond euthanasie op de palliatieve eenheid

Op palliatieve eenheden in algemene ziekenhuizen worden verpleegkundigen regelmatig geconfronteerd met een vraag om euthanasie. In de meeste gevallen gaat het om terminaal zieke patiënten die op basis van ondraaglijk fysiek lijden (eventueel in combinatie met daarmee gepaard gaand psychisch lijden) deze vraag stellen. Het zwaartepunt van de zorg die verpleegkundigen binnen deze setting verlenen, ligt voornamelijk op pijnbestrijding en het bieden van een zo optimaal mogelijke comfortzorg. Toch hecht men de laatste jaren ook meer en meer belang aan goede communicatie, niet alleen bij de begeleiding en de zorg maar ook bij het interdisciplinair overleg waarin het verzoek om euthanasie van de patiënt besproken wordt.

De werkgroep ethiek van het UZ Gent heeft in samenwerking met het palliatief support team een communicatiemodel rond euthanasie voor verpleegkundigen op de palliatieve eenheid uitgewerkt (C. De Coninck, persoonlijke communicatie, 31 maart, 2010). Dit communicatiemodel bevat een aantal vragen die als leidraad kunnen dienen voor gesprekken met de patiënt. Omdat het gaat om een emotioneel beladen thema is het aan te raden niet alle vragen ineens aan bod te laten komen. Het is ook wenselijk dat van elk gesprek met (een familielid van) de patiënt zo vlug mogelijk een verslag wordt opgenomen in het dossier. Zo wordt voorkomen dat dezelfde vragen meermaals en tot vervelens toe aan de patiënt worden gesteld. Anderzijds zal het af en toe nuttig zijn om op een zelfde vraag terug te komen, om na te gaan of er een evolutie merkbaar is in de houding van de patiënt. Is er sprake van standvastigheid of is het standpunt van de patiënt sterk afhankelijk van wisselende emoties? Uitingen kunnen ook verschillen, afhankelijk van diegene tot wie de patiënt zich richt. Het blijft echter aan te raden om toch enige systematiek aan te brengen in de bevraging.

Het model bevat zowel vragen voor de patiënt zelf als vragen voor zijn familie. Verder bevat dit model ook een leidraad voor interdisciplinair overleg, waarbij ook een aantal vragen zijn

opgenomen voor elke hulpverlener die mee instaat voor de begeleiding van de patiënt in diens verzoek om euthanasie. Het is belangrijk om de communicatie niet louter te zien als een manier om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de patiënt (binnen zijn context), maar ook als begeleiding. Of het verzoek om euthanasie in het verdere verloop al dan niet ingewilligd wordt, is in dit model niet prioritair. Waar het om gaat, is dat de patiënt van bij de aanvang op een goede manier opgevangen wordt.

3.3.1.1 Vragen voor de patiënt

Vragen over de vraag om euthanasie en de context van die vraag:

- Wie bracht het onderwerp eerst ter sprake?
- Tegenover wie heeft de patiënt de vraag eerst (zelf) geuit?
- Met wie heeft de patiënt er nog over gepraat? Met wie wil de patiënt er nog over praten? Met wie wil de patiënt er eventueel niet over praten? Waarom niet?
- Wanneer kwam het onderwerp voor het eerst ter sprake en waarom net op dat moment?
- Heeft de patiënt last van pijn? Voelt de patiënt zich depressief?
- Hoe lang loopt de patiënt al rond met de vraag voor ze gesteld werd? Komt de vraag impulsief of weloverwogen over?

Vragen over de psychische toestand van de patiënt:

- Welke moeilijke beslissingen heeft de patiënt in het verleden reeds moeten nemen? Hoe ging de patiënt toen om met moeilijke situaties?
- Hoe voelt de patiënt zich? Zeker, twijfelend, rustig, opgelucht, sereen, emotioneel, gelaten, ...? Komt dit overeen met observaties door derden?
- Hoe komt de patiënt over bij de verpleegkundige (hulpverlener)?
- Is er een wisseling in deze emoties? Waarmee heeft dit te maken?
- Is er een wijziging in de emotionele toestand van de patiënt sinds hij de euthanasievraag uitgesproken heeft? In welk opzicht?
- Legt de patiënt veel druk op het zo vlug mogelijk ten uitvoer brengen van de euthanasie? Waarom doet de patiënt dit?
- Door welke zaken wordt de levenskwaliteit van de patiënt vooral bepaald? Welke zaken geven zin aan het leven van de patiënt?

Vragen over de houding van de patiënt tegenover het stervensproces:

- Hoe ziet de patiënt zijn toekomst indien er geen euthanasie voltrokken zou worden? Waarvoor is hij bang? Wat ziet hij dan als mogelijkheden?
- Kiest de patiënt voor euthanasie vanuit het idee verzoend te zijn met de dood of net omdat hij schrik heeft voor de dood en het sterven niet bewust wil meemaken?
- Is de patiënt gelovig? Gelooft de patiënt in het leven na de dood?
- Indien de patiënt denkt aan de dood, waaraan denkt hij dan vooral? Welke ervaringen hebben zijn kijk op de dood bepaald?
- Wie is eerder in zijn naaste omgeving gestorven? Welke indruk heeft dit nagelaten? Op welke manier speelt dit nu mee?

Vragen over de houding van de patiënt tegenover familie en hulpverleners:

- Heeft de patiënt zijn euthanasievraag eerst met de familie besproken? Indien niet, waarom niet? Hoe verwacht de patiënt dat zijn omgeving zal reageren? Indien wel, wat waren de reacties? Heeft iedereen op dezelfde manier gereageerd? Wat roepen deze reacties emotioneel bij de patiënt op?
- Wat wil de patiënt nog doen met of voor de familie ?
- Praat de patiënt gemakkelijk over dit onderwerp of wil hij, nu de vraag gesteld is, het er liefst niet meer over hebben? Is daarin een evolutie merkbaar?
- Maakt de patiënt zich zorgen om de personen die zullen achterblijven? Om wie maakt de patiënt zich vooral zorgen? Waar maakt de patiënt zich vooral zorgen over? In welke mate speelt het feit dat de patiënt voor euthanasie kiest hierin mee?
- Heeft de patiënt het gevoel zijn omgeving tot last te zijn? Speelt dit mee in zijn vraag om euthanasie?
- Heeft de patiënt het gevoel dat hij al afscheid heeft kunnen nemen? Zijn er nog zaken die hij wil bespreken of regelen?
- Hoe ziet de patiënt het moment van de euthanasie concreet? Ziet de patiënt dit als een ritueel samen met de familie? Wie mag daarbij aanwezig zijn en wie niet?
- Wil de patiënt zelf de familie op de hoogte brengen?

3.3.1.2 Vragen voor de familie van de patiënt

- Hoe beleven de familieleden de euthanasievraag van de patiënt? Is deze vraag verrassend voor hen of eerder verwacht? Is de patiënt volgens hen zelf tot deze vraag gekomen of eerder door suggestie van mensen uit de omgeving?
- Waarom vraagt de patiënt volgens hen om euthanasie? Heeft de patiënt het moeilijk met verdere aftakeling? Heeft hij schrik voor pijn? Wil de patiënt alles zelf in handen houden en zijn autonomie behouden? Wil de patiënt de omgeving niet belasten of anderen niet tot last zijn?
- Kan er volgens de familie een redelijk en voor de patiënt aanvaardbaar alternatief geboden worden?
- Heeft de patiënt voordien met de familie gesproken over euthanasie?
- Kent de familie de alternatieven die door palliatieve zorg geboden kunnen worden?
- Kan de familie instemmen of vrede nemen met de euthanasievraag van de patiënt? Zijn daar eventueel verschillende visies over binnen de familie? Wie heeft het er moeilijk mee? Wie verzet er zich tegen? Waarom vinden de anderen het wel een goede oplossing?
- Zijn er jonge kinderen in de familie? Welke band heeft de patiënt met deze kinderen? Hoe worden ze voorbereid en opgevangen? Wie neemt deze taak op zich?
- Hoe ziet de familie het afscheid concreet? Verwacht ze een afscheidsritueel? Zijn er zaken die nog besproken of geregeld moeten worden? Kan de familie daarover openhartig spreken met de patiënt?
- Hoe wil de familie bijgestaan worden tijdens en na het stervensproces van de patiënt?

3.3.1.3 Leidraad voor interdisciplinair overleg

Het interdisciplinair overleg staat centraal in de 'verwerking' van een verzoek om euthanasie op de palliatieve eenheid in het UZ Gent. De hieronder vermelde disciplines zouden minstens twee keer samen om de tafel moeten zitten om de euthanasievraag te bespreken:

- de behandelende arts
- de hoofdverpleegkundige
- de verpleegkundigen (de toewijsverpleegkundige indien van toepassing)
- het palliatief support team
- de sociale dienst
- de pastorale dienst, de moreel consulent of een vertegenwoordiger van een andere geloofs- of levensovertuiging (indien van toepassing)
- de tweede (en derde) adviserende arts
- andere professioneel betrokkenen, bvb.: kinesist, huisarts, thuisverpleging, ...

De drie laatstgenoemde disciplines zijn facultatief voor het gezamenlijk overleg. Soms kan het zijn dat een adviserend arts omwille van objectiviteit liever buiten het gezamenlijke overleg blijft. Het is de bedoeling dat iedereen tijdens dit overleg verslag uitbrengt over zijn bevindingen in verband met gesprekken en contacten met de patiënt. Elk lid van het team heeft voor zichzelf vooraf een antwoord op onderstaande vragen genoteerd:

- Wat is volgens jou de echte reden dat de patiënt om euthanasie vraagt? Is er 'een vraag achter de vraag'? Kunnen er (evenwaardige) alternatieven geboden worden?
- Hoe groot schat je de kans dat de patiënt daar voor openstaat?
- Heb je het persoonlijk moeilijk met de euthanasievraag, de houding van de patiënt of de familie, of bepaalde contextuele factoren?
- Is de familie voldoende verzoend met de vraag? Is er voldoende opvang voorzien, ook nadien?

Dit communicatiemodel, dat eigenlijk is bedoeld voor toepassing op een afdeling palliatieve zorg, is mits kleine aanpassingen wellicht ook hanteerbaar binnen de psychiatrie. De systematische aanpak van dit model is opmerkelijk. Dat ook de familie ruimschoots aan bod komt, toont aan dat er niet alleen rekening wordt gehouden met de patiënt, maar ook met zijn context. Aandacht gaat ook uit naar teamoverleg, waar opnieuw een systematische aanpak wordt nagestreefd. Op het eerste zicht lijkt dit model misschien omslachtig, maar het kan toch een volwaardige houvast bieden in de begeleiding van (psychiatrische) patiënten met een vraag om euthanasie.

3.3.2 Professionele attitudes in de omgang met suicidale patiënten

Zelfmoord (en zelfmoordpreventie) is een thema dat zowel in literatuur als in onderzoek veel aandacht krijgt. In ziekenhuizen en psychiatrische centra zijn doorgaans protocollen en richtlijnen uitgeschreven in een poging deze problematiek op een professionele manier te benaderen. In meerdere publicaties in verband met suicidepreventie staan min of meer dezelfde interventies als doeltreffend omschreven. De beschreven interventies zijn verschillend naargelang de suicidaliteit

chronisch of acuut is. Chronische suicidaliteit verschilt van acute suicidaliteit wat betreft aanleiding en functie (Koekkoek, 2008) en dus verschilt ook de beschreven aanpak op een aantal specifieke vlakken, maar de basisprincipes zijn algemeen geldig. Ruwweg kan men deze interventies indelen in een basishouding (die ook in andere situaties nuttig kan zijn), een aantal praktische aandachtspunten en interventies in acute situaties, en een onderdeel 'communicatie'.

3.3.2.1 Basishouding

- Neem de patiënt en zijn doodswens altijd ernstig
- Toon respect voor de kwetsbaarheid van de patiënt
- Geef aan dat je samen met de patiënt wil uitzoeken wat er nu het beste kan gebeuren
- Vermijd discussie over het nut van of het recht op zelfmoord
- Vermijd schuldinductie naar nabestaanden

(Broers & Van Weeghel, 2000)

3.3.2.2 Praktische aandachtspunten en interventies in acute situaties

- Wees directief en kalm
- Laat de patiënt niet alleen indien dat niet veilig is
- Bied de gelegenheid om emoties te ventileren
- Gebruik de hopeloosheid als aanknopingspunt voor het gesprek
- Creëer hoop door het aanbieden van ondersteuning
- Laat de patiënt de redenen benoemen om te sterven en om te leven
- Bevraag de copingstrategie bij eventuele vorige crisismomenten
- Werk oplossingsgericht: zoek samen naar alternatieven en maak haalbare doelstellingen
- Stel belangrijke beslissingen voorlopig uit
- Overloop de komende uren en dagen
- Roep de hulp in van anderen (steeds in overleg met de patiënt)
- Verwijder indien mogelijk (de toegang tot) de middelen die de patiënt kan gebruiken voor suïcide
- Win tijd (door bijvoorbeeld een non-suïcideafpraak te maken tot het volgende contact)
- Maak een toezichtafpraak op basis van risico-inschatting (bvb. door het geven van een toezichtstatuut)
- Maak een individuele opvolgingsafpraak

(Broers & Van Weeghel, 2000)

3.3.2.3 Communicatie

Het lijkt erop dat een goed persoonlijk contact tussen verpleegkundige en patiënt een doorslaggevende factor is in suïcidale ideatie. Een van de basisvoorwaarden om een goed contact te verkrijgen, is durven ingaan op de doodsverlangens en de redenen daarvoor. Kerkhof & Van

Heeringen (2000) hebben een uitgebreide lijst met vragen gepubliceerd die peilen naar de regelmaat, de intensiteit, de verbeelding en het planmatig aspect van de suïcidale ideatie. Los van het feit dat hierdoor de precieze aard van de suïcidale ideatie kan achterhaald worden (wat op zich een belangrijk element is in de suïcidepreventie), is het stellen van deze vragen cruciaal voor de patiënt om zich begrepen te voelen. Patiënten voelen zich immers vaak afgesneden van hun omgeving en durven hun gedachten met niemand meer te delen. De relaties van patiënten met verpleegkundigen kunnen sterk van invloed zijn op het zelfbeeld van die patiënten, waarschijnlijk meer dan vaak wordt vermoed (Van Lieshout, 1997).

Adequate reacties van de hulpverlener kunnen zijn:

- De patiënt in de eerste plaats duidelijk maken dat de hulpverlener er is om steun te bieden, niet enkel om een bewakings- of limiterende functie uit te oefenen of om hem 'tegen zichzelf te beschermen'. Empathie is sowieso een basishouding.
Vb.: "Ik hoor van u dat u zegt dat ... Is dit zo of is het toch nog anders?"
- Ruimschoots de tijd nemen.
Vb.: "Ik heb nu een uur de tijd voor u, ik heb ervoor gezorgd dat we niet gestoord zullen worden."
- Actief doorvragen op de suïcide-ideatie, zoals hierboven al aangehaald.
Vb.: "Ik hoor dat u aan zelfmoord denkt. Hoe moet ik mij dat voorstellen? Denkt u er voortdurend aan? Hebt u al concrete plannen?"
- Concretiseren van twijfels en problemen.
Vb.: "U zegt dat uw vrouw niets meer van u moet weten. Wat doet zij precies dat u dit idee geeft? Wanneer heeft u dit voor het laatst gedacht? Wat is er toen gebeurd?"
- Structureren.
Vb.: "U hebt problemen op uw werk en in uw gezin. Uw baas zegt ... Uw vrouw zegt ..."
- Duidelijk maken dat angst, agressiviteit, wraak, schuld en schaamte nu normaal zijn.
Vb.: "U hebt zich steeds ingezet voor uw gezin. Dat uw vrouw nu met uw beste vriend een relatie heeft, maakt u razend. U bent niet enkel kwaad op haar, maar ook op hem; u bent ook bang omdat u twee steunfiguren in uw leven kwijt bent. Ik denk dat velen zich in een dergelijke situatie zo bang en kwaad zouden voelen."
- Gepast reageren op de lichaamstaal.
Vb.: "U ziet er bedrukt uit."
- Erkenning geven aan depressieve gevoelens.
Vb.: "U hebt jarenlang gevochten, maar nu hebt u er de moed niet meer toe."
- Zoeken naar middelen die het duidelijk maken dat het mogelijk ooit betert.
Vb.: "U vertelde dat u vroeger nog ooit in de put hebt gezeten, dat toen ook alles uitzichtloos leek. Hoe bent u er toen in geslaagd terug uit het dal te klimmen?"
- Nuanceren in het verhaal brengen.
Vb.: "Uw zoon is boos op u en komt u daarom niet opzoeken met Moederdag. Daardoor hebt u het gevoel dat hij niet meer van u moet weten. Toch stuurde hij u nog een kaart. Dat is niet hetzelfde, maar het doet u twijfelen."
- Positief benoemen.
Vb.: "U wil absoluut geen last zijn voor anderen ... U twijfelt: soms wil u dood, soms wil u een ander leven ..."

- Duidelijke afspraken maken.

Vb.: "Ik ga dat nu bespreken met ... en zie u terug om 17 uur."

(Van Den Bossche, 2008)

Vanuit de basishouding van respect, steun en empathie gaat de hulpverlener vragen stellen over ideeën, plannen en in het recent verleden uitgevoerde suïcidale acties. Hij gaat twijfels en problemen proberen te concretiseren, die tot deze suïcidale ideeën of plannen hebben geleid. De patiënt komt niet altijd zelf aandragen met zijn suïcidale ideeën, het is dan belangrijk om er bij een vermoeden expliciet naar te vragen. Veel patiënten schamen zich voor hun gedachten en hebben schrik hiervoor afgewezen te worden, wat hen nog meer isoleert. Als de patiënt zich kan uiten, werkt dit bevrijdend en verhoogt dit het vertrouwen in de hulpverlener. Een gesprek op gang krijgen is dus van levensbelang (Van Den Bossche, 2008).

Eenzelfde redenering kan worden gevolgd als het gaat om mensen met een verzoek om euthanasie. Ten eerste kampen ook zij met een doodswens waaraan vaak weinig gehoor wordt gegeven. Het taboe rond euthanasie zorgt ervoor dat zij amper hun doodswens durven uitspreken en hun vraag durven stellen. Wanneer ze dit wel doen, is dit zeker geen garantie om gehoord te worden.

Een tweede opmerkelijke overeenkomst tussen een patiënt met een verzoek om euthanasie en een suïcidale patiënt is de vraag die schuilgaat achter het uitgesproken verlangen om te sterven. In de literatuur zijn er veel verwijzingen te vinden naar de tweestrijd waarin de suïcidale patiënt zich bevindt. Naast redenen om te sterven heeft hij meestal ook redenen om te blijven leven (bvb. zich verantwoordelijk voelen voor gezinsleden). Diezelfde veronderstelling staat ook beschreven als het gaat over patiënten die vragen om euthanasie: "Ieder verzoek van een psychiatrische patiënt om hulp bij zelfdoding moet in eerste instantie worden opgevat als een vraag om levenshulp. De hulpverlening moet dan ook allereerst gericht zijn op het vinden van een levensperspectief. Het belangrijkste is uit te zoeken wat de hulpvrager precies wil, vooral omdat veel mensen die om hulp bij zelfdoding vragen eigenlijk een goede effectieve behandeling willen" (Tholen et al., 2009).

3.3.3 De presentiebenadering

De presentiebenadering werd vrij recent ontwikkeld en door de Nederlandse hoogleraar Andries Baart (Universiteit van Tilburg, Faculteit Geesteswetenschappen) beschreven in het standaardwerk 'Een theorie van de presentie'. Presentie kan worden gezien als een handelingsconcept voor onder meer hulpverleners die proberen iets te betekenen voor mensen die een zwaar leven hebben, mensen voor wie herstel en/of verbetering geen optie (meer) is, zoals verslaafden, thuislozen, mensen met een ernstige verstandelijke beperking, ... In sommige van deze gevallen staat de hulpverlener die iets wil bieden met lege handen. Er kan niets hersteld, gemaakt of verbeterd worden. Integendeel, zulke handelingen hebben geen zin en voegen in sommige gevallen juist leed toe (Grypdonck, 2008). Hier kan reeds de link worden gemaakt met psychiatrische patiënten met een vraag om euthanasie. Vaak gaat het immers om

patiënten die reeds een lange lijdensweg en tal van behandelingen achter de rug hebben en veelal staat de hulpverlening machteloos in het bieden van concrete oplossingen.

Prof. Baart pleit met de presentietheorie voor een nieuw professionalisme in de benadering van deze doelgroep van 'uitgesloten mensen'. Hij heeft het daarbij niet over professionalisme van regels, protocollen en deskundige overmacht, maar over aanwezigheid, afstemming en betrokkenheid. Onvervalste dienstbaarheid, betrokken op het lijden van de ander en bereid om hulp te bieden waar het kan (Grypdonck, 2008).

3.3.3.1 Basiskenmerken

Volgens Baart (2007) zijn de basiskenmerken van de presentiebenadering:

- in beweging, plaats en tijd (levensritme) afstemmen op de ander
- breed inzetbaar en aanspreekbaar, onvoorwaardelijk aanwezig zijn
- aansluiten bij de leefwereld en levensloop van de ander
- doelen niet vastleggen maar zich in openheid voegen naar de ander
- betekenisvol zijn voor mensen die uitgestoten zijn uit het sociaal weefsel.

De presentietheorie is erg ruim en eigenlijk gaat het om een benadering, attitude of basishouding die binnen een breed segment van hulpverlening kan worden toegepast. In wat volgt, worden een aantal essentiële aspecten van presentie toegelicht, die binnen de psychiatrische hulpverlening erg waardevol kunnen zijn en die in overweging kunnen worden genomen in de begeleiding van patiënten met een euthanasievraag.

3.3.3.2 Aandacht en relatie centraal

Presentiebeoefening is per definitie een persoonlijke benadering. "Wat de presentiebeoefenaar te bieden heeft, is niet een koffertje met diagnoses en methodieken, maar het trouwe aanbod van zichzelf", zo zegt prof. Baart. Dit zelfaanbod krijgt op organische wijze vorm in een duurzame, nabije, ongehaaste relatie van 'aanklampbaarheid' en betrokkenheid. Het gaat om een 'liefdevolle hechting': eerst is er de relatie, dan pas een eventuele kwestie waaraan al dan niet wat moet worden gedaan. De presentiebeoefenaar is niet gefixeerd op probleemoplossing, maar is gericht op erkenning van de waardigheid van de ander. Gewoon door er voor die ander te zijn, zonder meer. Ook als er verder niets is opgelost, kan de betrekking geslaagd zijn: iemand heeft de ervaring gehad dat zijn of haar verhaal ten minste voor één persoon telt. Troost bieden, belangeloos zijn, aandacht voor lijden en tragiek, geduld, zorgzaamheid, problemen mogen laten voor wat ze zijn is waar het in essentie om gaat (Baart, 2001).

De presentiebenadering maakt duidelijk zichtbaar dat er binnen de hulpverlening geen methodiek bestaat om te kunnen omgaan met het lijden van mensen. Aandacht hebben voor het tragische, betekent aandacht hebben voor het verdriet, de onmacht, het niet goed kunnen functioneren. Uit het onderzoek van prof. Baart blijkt dat door aandacht te geven aan teleurstelling en verlies van

mensen, door het verdriet te delen en mensen hun verhaal te laten vertellen, zij weer in staat zijn hun situatie te (willen) veranderen (Steketee, 2003).

3.3.3.3 De latende modus

Volgens prof. Baart hanteren presentiebeoefenaren, wanneer dit nodig is, de zogenaamde latende modus: "Ze doen niet alleen, ze kunnen ook laten; ze moedigen niet alleen aan, ze wachten ook geduldig af. Ze geven tijd aan processen, en zijn ondertussen aanwezig in waakzaamheid. Voor verpleegkundigen, die vaak als 'doe-mensen' beschreven worden, is dit niet evident. Nog meer dan in het doe-karakter van de verpleegkunde komt het tegengestelde van de latende modus naar voor in het formuleren van doelen. (...) Wie meetbare doelen formuleert voor processen als het omgaan met verlies en verdriet is geneigd het proces te forceren. Een poging om dat proces in gunstige zin te beïnvloeden, heeft meer te maken met hoop (dat het goed zou komen) dan met vastberaden afstevenen op het doel. Of de situatie minder lastig wordt, is niet te voorspellen, en ook niet te 'maken'. (...) Wie mensen met een groot lijden wil helpen, zal dus vooral geduldig aanwezig moeten zijn, in de oorspronkelijke betekenis van het woord: hij zal moeten dulden dat uiting gegeven wordt aan agressie, aan teleurstelling, ... Hij mag niet weglopen van deze schijnbaar onterechte en door sommigen zelfs als onredelijk bestempelde uitingen van ondraaglijk leed.

De latende modus hanteren zoals de presentietheorie dat beschrijft, betekent niet alleen de vraag stellen: 'wat kan ik hier doen om dit probleem uit de weg te helpen?', maar tegelijkertijd ook: 'wat gebeurt er als ik niet intervier?'. De latende modus is geen optie die pas wordt overwogen als alle acties onmogelijk blijken, maar het is een weloverwogen keuze. De latende modus zal je vaak verder brengen dan interventies" (Grypdonck, 2008).

3.3.3.4 Niet verlaten

Patiënten met een langdurige psychiatrische problematiek, die reeds een lange voorgeschiedenis van behandelingen en opnames achter de rug hebben, geven vaak aanleiding om 'verlaten' te worden door hulpverleners. Patiënten worden omschreven als niet gemotiveerd en niet therapietrouw, kortom: hopeloos verloren. Menig hulpverlener legt er sterk de nadruk op dat de verantwoordelijkheid voor het proces van de behandeling, en bijgevolg ook voor de eigen gezondheid, bij de patiënt zelf ligt. Wie die verantwoordelijkheid niet opneemt, moet zelf voor de gevolgen opdraaien. De presentie vertrekt echter van de stelling dat men zorg niet moet verdienen, en meegaan (meewerken) is geen voorwaarde (Grypdonck, 2008).

De presentietheorie hecht veel waarde aan het 'niet verlaten'. Ook als de zorg schijnbaar nergens toe leidt, laat men de patiënt niet alleen, maar blijft men hem trouw, gaat men met hem mee of wacht men waakzaam en geduldig af tot hij dat weer kan toelaten. "Mensen in moeilijke omstandigheden nabij zijn als er niets aan hun situatie te doen is, heeft waarde op zich. Het niet verlaten blijft immers ook van waarde om wat erdoor uitgedrukt wordt, en niet alleen om wat het

teweeg brengt, dus ook als het niets aweeg brengt: dat elke mens het als mens waard blijft om voor te zorgen, het als mens waard blijft om mee in te zitten, het waard blijft om inspanningen voor te doen, en om als het slecht afloopt, betreurd te worden" (Van Heijst, 2005).

Deze drie aspecten van presentie kunnen een richtlijn zijn voor verpleegkundigen in de begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek om euthanasie. Het is een zinvolle overweging om binnen een 'latende modus' de patiënt met zijn vraag om euthanasie niet te verlaten. 'Niets kunnen doen' hoeft geen aanleiding te geven tot onmacht, maar kan plaats maken voor aandachtige en onvoorwaardelijke aanwezigheid.

3.3.4 De Rogeriaanse benadering

Een andere invalshoek is de 'Rogeriaanse benadering' (cliëntgerichte therapie). In deze benadering, gebaseerd op een humanistisch-psychologische visie, stelt Carl Rogers het inzicht van de patiënt ('cliënt') in zichzelf centraal ('gericht'). De basisattitude en vaardigheden die in deze visie beschreven worden, zijn ook bruikbaar als werkmodel voor verpleegkundigen in de psychiatrische hulpverlening.

3.3.4.1 De trias van Rogers

Rogers stelt dat mensen geholpen worden als de hulpverlener qua houding aan drie voorwaarden voldoet:

1. Empathie

Empathie staat voor 'de wil om te begrijpen'. Empathie gaat verder dan 'inlevingsvermogen', want bij empathie reflecteert men het verkregen begrip. Met andere woorden: via empathie wil men de ander begrijpen, waarna men dat begrip actief terugkoppelt naar de ander. Op die manier weet en voelt de ander dat men hem wil begrijpen (en/of daadwerkelijk begrijpt).

2. Onvoorwaardelijke acceptatie

Bij acceptatie gaat het om respect, eerbied, het achterwege laten van (voor)oordelen, ... Het gaat erom het unieke van de ander te erkennen. Het is niet zozeer gericht op het gedrag, maar op de gedachten, gevoelens en belevingen van de ander.

3. Congruentie

Congruentie slaat op het 'echt' zijn tegenover de ander en betekent dat men oprecht moet zijn in hetgeen men verbaal en non-verbaal aan de ander vertelt. Het is van belang dat het non-verbale en het verbale met elkaar overeenstemmen als men geloofwaardig wil overkomen.

De trias van Rogers (empathie, onvoorwaardelijke acceptatie en congruentie) is tegenwoordig goed ingeburgerd binnen de hulpverlening. Het is bewezen dat deze basishouding helpt om:

- een therapeutische relatie op te bouwen
- inzichten bij de cliënt te bevorderen
- een basis te creëren om persoonlijke veranderingen te realiseren.

Het spreekt echter voor zich dat deze basishouding alleen niet volstaat om mensen met problemen te helpen.

3.3.4.2 Actief luisteren

Actief luisteren is één van de technieken die staat beschreven in de theorie van Rogers. Deze manier van gericht luisteren is niet alleen horen wat de ander zegt, maar ook proberen te begrijpen wat de ander zegt. Luistervaardigheden stellen de hulpverlener in staat de ander te laten weten dat er wordt geluisterd. De patiënt krijgt tijd en ruimte om zijn verhaal te vertellen en om dit ook te verduidelijken wanneer dat nodig is.

Actief luisteren kan men opsplitsen in een non-verbale en een verbale vorm van luisteren (Ten Have, 2006):

- Non-verbaal luisteren
Een houding die acceptatie en interesse uitdrukt, vertelt de ander dat men met aandacht luistert. Dit bereikt men door een aangepaste gezichtsuitdrukking, oogcontact, een gerichte lichaamstaal en aanmoedigende gebaren.
- Verbaal luisteren
Door wat men zegt, kan men iemand laten merken dat er wordt geluisterd. Aan de hand van een aantal specifieke technieken zoals het geven van kleine verbale aanmoedigingen, gericht vragen stellen,... en gesprekstechnieken als samenvatten, parafraseren, reflecteren van gevoelens,... kan men de ander aanmoedigen zijn verhaal te vertellen.

De trias van Rogers en het actief luisteren vormen een grondhouding die ook in de begeleiding van patiënten met een vraag om euthanasie zeer bruikbaar kan zijn. Wat Rogers beschrijft in zijn theorie lijkt op het eerste zicht vrij evident, maar het vraagt in de praktijk een intense betrokkenheid, die in contact met deze doelgroep erg confronterend kan zijn voor de hulpverlener. Meer nog dan zuivere techniek vraagt het om een manier van (er) zijn voor de patiënt.

3.3.5 Een eigen voorstel met aandachtspunten voor professionele hulpverlening aan psychiatrische patiënten met een vraag om euthanasie

Zoals reeds vermeld, staan er in de literatuur geen specifieke richtlijnen voor psychiatrisch verpleegkundigen voor de begeleiding van mensen met een doodswens beschreven. De eerder besproken handelwijzen en benaderingen zijn wellicht waardevolle invalshoeken, maar ze vormen toch slechts een weinig specifieke, gerichte basis voor de benadering van psychiatrische

patiënten in hun verzoek om euthanasie. Vertrekkende van deze invalshoeken wordt daarom in dit deel een eigen voorstel geformuleerd met aandachtspunten voor professionele hulpverlening aan psychiatrische patiënten met een vraag om euthanasie. Dit voorstel bevat enkele algemene en een aantal meer specifieke aandachtspunten, die in de praktijk evenwel nog te weinig concreet en gericht worden toegepast. Omdat de effectiviteit van het voorstel nog onvoldoende bewezen is, dient het opgevat te worden als een suggestie om verder onderzoek naar te doen.

3.3.5.1 Algemene aandachtspunten

- Visie van de instelling

Als psychiatrisch verpleegkundige dien je steeds rekening te houden met de visie van de instelling of het ziekenhuis waarin je tewerkgesteld bent. Zorg dat je op de hoogte bent van die visie en ga na of die al dan niet strookt met je eigen mening.

Ga na hoe men binnen deze visie omgaat met euthanasie. Is er een procedure voor patiënten met een verzoek om euthanasie? Zijn er bevoegde personen aangesteld binnen de organisatie die hierin verantwoordelijkheid opnemen en op de hoogte zijn van doorverwijsmogelijkheden?

- Open communicatie

Open communicatie is essentieel in een goed functionerend team. In hoeverre is het onderwerp 'euthanasie en waardig sterven' bespreekbaar? Het is goed om te weten wat andere teamleden over dit onderwerp denken. Het bespreken van casuïstiek en uitwisselen van meningen over dit onderwerp, eventueel binnen intervisie, kan erg waardevol zijn.

- Weten waar het om gaat

Als het gaat over euthanasie, zijn de grenzen van wat kan en niet kan duidelijk vastgelegd in de Belgische euthanasiewet. Kennis van de beperkingen en de mogelijkheden van deze wet biedt houvast en een kader om eigen bedenkingen, normen en waarden in vraag te stellen. Kennis van de wet, maar ook (en vooral) van de eigen houding tegenover leven en dood, kan een meer doorleefde basis vormen in het contact met en de begeleiding van een patiënt met een verzoek om euthanasie.

Weten waar het om gaat, is ook essentieel om mee te denken in het debat over euthanasie en waardig sterven. Dit thema is actueel maar ook erg controversieel en een eventuele uitbreiding van de wet staat volop ter discussie. Naast de visie van psychiaters, ethici, politici, theologen, ... kan ook de inbreng van verpleegkundigen een meerwaarde betekenen voor het debat.

3.3.5.2 Aandachtspunten in een concrete situatie

- Neem de vraag van de patiënt au sérieux

Als een patiënt zijn vraag om euthanasie uitspreekt, is dit ook voor een hulpverlener even schrikken. Bespreek dit met de patiënt en ga na hoe weloverwogen deze vraag werkelijk is. Exploreer de situatie en ga na waarom de patiënt deze vraag stelt. Hou rekening met de actuele situatie. Is er een plotse aanleiding of is het een uitgesproken verlangen dat reeds langer leeft bij deze patiënt? Vraag of het de eerste keer is dat de patiënt deze vraag stelt en of er eventueel ook andere mensen op de hoogte zijn.

Luister naar het verhaal van de patiënt, neem voldoende tijd en tracht hierin 'present' te zijn.

- Handel in team

Wanneer een gesprek met een patiënt over zijn doodswens plaatsvindt, wordt dit, in het kader van de behandeling, ook in het verpleegdossier genoteerd. Het is van belang de patiënt te zeggen dat er wordt gerapporteerd en hem zo nodig te stimuleren zijn vraag aan de behandelend arts en/of psycholoog voor te leggen.

Probeer ervoor te zorgen dat je de patiënt in kwestie niet alleen begeleidt en dat de opvolging ervan kan worden gedragen door (enkele verpleegkundigen van) het team. Maak tijd en ruimte om de situatie in team te bespreken.

Bespreek ook in team, met de afdelingsarts, wat er concreet moet worden gedaan. Zijn er richtlijnen ter beschikking op de afdeling die gevolgd kunnen worden? Kan meer gespecialiseerde hulp en begeleiding (eventueel van buitenaf) worden ingeschakeld en wie kan dan eventueel zorgen voor doorverwijzing naar dergelijke instanties?

- Blijf contact behouden

Een patiënt kan op verschillende manieren aangeven dat hij zijn leven niet langer zinvol vindt. Hij kan een expliciet verzoek om euthanasie doen, maar ook signalen in die richting geven. Als de patiënt te kennen geeft dat het leven niet langer zinvol voor hem is, ga dan een gesprek hierover niet uit de weg. Indien de aard van het gesprek je op emotionele of principiële gronden niet haalbaar lijkt, bespreek dit dan met de patiënt en stel voor een collega te vragen om de begeleiding en opvolging over te nemen.

Mensen met een doodswens kunnen zich eenzaam en geïsoleerd voelen door het niet kunnen of mogen praten over wat hen het meest bezighoudt. Het kan iemands gedachten zo beheersen dat de persoon niet meer kan ervaren wat er mogelijk wel nog aan levenskwaliteit rest. Uit een onderzoek in opdracht van het Humanistisch Verbond blijkt dat "het

bespreekbaar maken van de doodswens als een essentieel onderdeel van begeleiding wordt gezien. Als doel ziet men het opheffen of voorkomen van een isolement waarin een hulpvrager kan geraken; door zorgvuldig luisteren en bevragen de hulpvrager te ondersteunen in het nemen van een bewuste kwaliteitsbeslissing, door het verruimen van iemands perspectief zijn of haar levenskwaliteit verhogen, mensen het gevoel van nabijheid geven ..." (Bogaard, 2008).

Of, naar analogie met de presentietheorie, die het zo duidelijk verwoordt als: "Mensen in moeilijke omstandigheden nabij zijn als er niets aan hun situatie te doen is, heeft waarde op zich. Het niet verlaten blijft immers ook van waarde om wat erdoor uitgedrukt wordt, en niet alleen om wat het teweeg brengt, dus ook als het niets teweeg brengt: dat elke mens het als mens waard blijft om voor te zorgen, het als mens waard blijft om mee in te zitten, het waard blijft om inspanningen voor te doen, en om als het slecht afloopt, betreurd te worden" (Van Heijst, 2005).

- Geen uitvoerende hulp

Euthanasie is een handeling die onder strikte voorwaarden en mits het in acht nemen van de juiste procedure en wettelijke bepalingen enkel door een arts mag worden uitgevoerd. Het is een uitsluitend medische handeling die niet gedelegeerd kan worden aan een verpleegkundige. De arts kan je als verpleegkundige wel vragen aanwezig te zijn bij de uitvoering om de patiënt en/of zijn familie en naasten te ondersteunen en om de arts eventueel te assisteren bij de uitvoering. Dit is echter weinig waarschijnlijk als het gaat om psychiatrisch verpleegkundigen, omdat de concrete uitvoering zelden of nooit in een psychiatrische instelling plaatsvindt.

Voor psychiatrisch verpleegkundigen bestaat de hulpverlening erin om de patiënt nabij te blijven tijdens het proces waarin hij vraagt om euthanasie en dit verzoek al dan niet in overweging wordt genomen. Tevens kan je als verpleegkundige een belangrijke plaats innemen binnen een beslissingsprocedure. Door de nauwe betrokkenheid bij de patiënt heb je als geen ander zicht op de situatie. Beslissingen rond euthanasie worden steeds in overleg genomen en daarbij kan je, omdat je als (toewijs)verpleegkundige dicht bij de patiënt staat, een erg zinvolle informerende en adviserende bijdrage leveren in teamoverleg. In de praktijk gebeurt dit nog veel te weinig.

3.4 Het besluitvormingsproces rond een verzoek om euthanasie

Om te benadrukken dat euthanasie onder geen beding een vanzelfsprekende beslissing mag zijn, is het nuttig ook even stil te staan bij het besluitvormingsproces. De beoordeling van een vraag om euthanasie dient steeds met erg veel omzichtigheid geanalyseerd en onderzocht te worden door de behandelende arts (in samenspraak met het team van de instelling indien de patiënt opgenomen is of met het thuiszorgteam). Het is een proces waar de nodige tijd overheen gaat en

waarin aan de hand van gesprekken heel wat afwegingen worden gemaakt. Hierbij kan nogmaals verwezen worden naar de wet, die als voorwaarde stelt dat indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden (wat in geval van een psychiatrische stoornis het geval is), er bovendien moet worden voldaan aan bijkomende eisen:

- een tweede en derde arts raadplegen waarvan één psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie
- minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

Zowel het raadplegen van de bijkomende artsen als het verplicht verloop van tussentijd tussen de geschreven vraag van de patiënt en de uitvoering vergroot het weloverwogen karakter als het gaat om het nemen van een beslissing in geval van een niet-terminale patiënt. Elk verzoek om euthanasie doorloopt bijgevolg, overeenkomstig de voorwaarden die door de euthanasiewet worden gesteld en met de nodige zorgvuldigheid, een proces. Het is een proces waarin wordt getracht om alle elementen binnen de gegeven context te analyseren teneinde een beslissing te nemen. In figuur 2 wordt een dergelijk proces schematisch voorgesteld aan de hand van twee casussen (Anna, 45 jaar, en Suzanne, 70 jaar). Deze voorstelling geeft een overzicht van de stappen die dienen gevolgd te worden bij een verzoek om euthanasie. Merk op dat deze voorstelling een veralgemening is en dat elke beslissing pas na een zorgvuldige beoordeling dient te worden genomen. Zo kan overleg met familie bijvoorbeeld niet opgedrongen worden aan de patiënt als hij dat niet wenst.

In het verlengde van de Nederlandse euthanasiewet heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) een gelijkaardige 'beslissingsboom' voor hulp bij zelfdoding voorgesteld in haar richtlijnen voor de psychiater (zie bijlage C). Ook hier gaat het om een veralgemening van een procedure die met zorg moet worden doorlopen (Tholen et al., 2009).

EUTHANASIE OP BASIS VAN ONDRAAGLIJK PSYCHISCH LIJDEN IN DE BELGISCHE WET
VAN 28/05/2002

JA, TENZIJ HET EEN NEEN WORDT

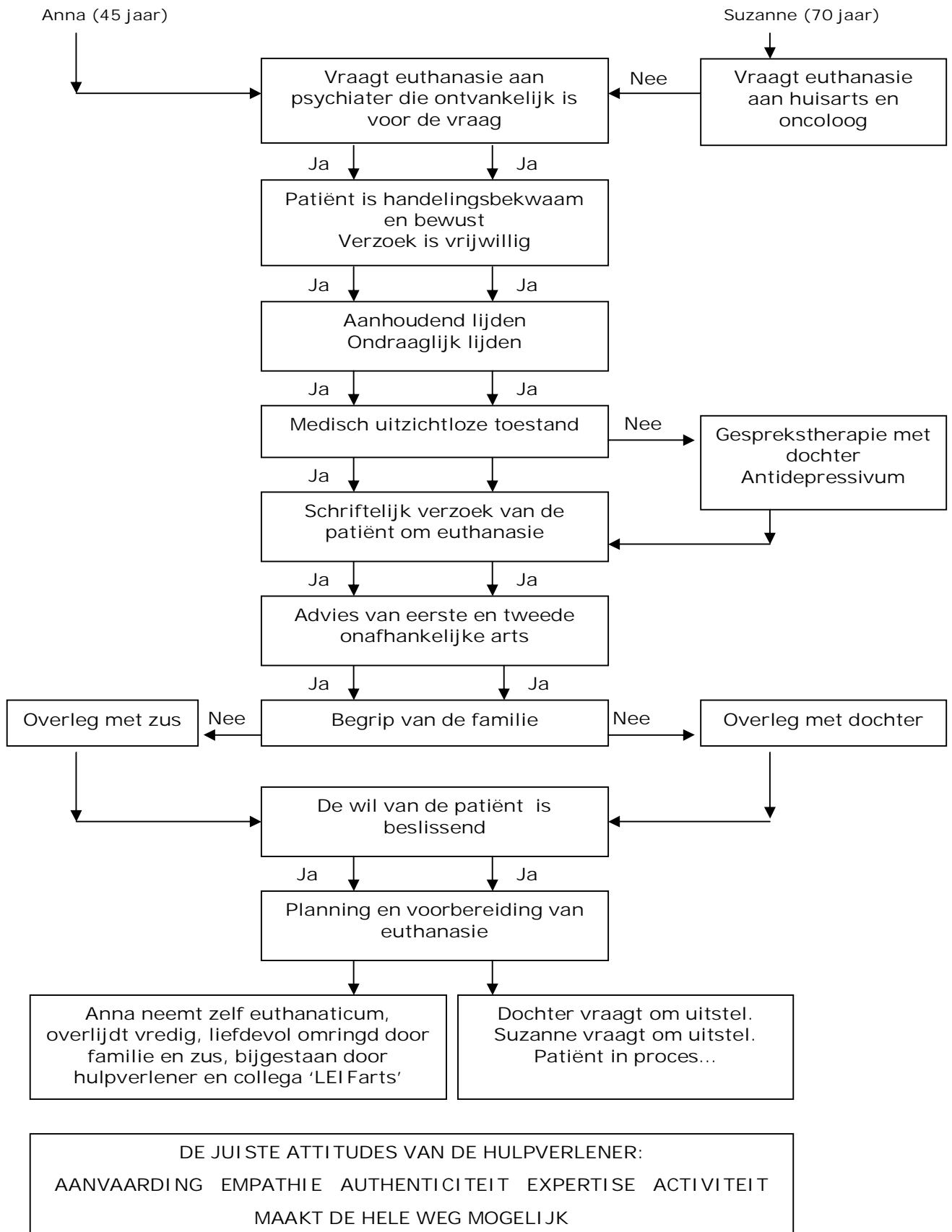


Fig. 2: Het besluitvormingsproces rond een verzoek om euthanasie (Thienpont, 2007 - eigen vertaling).

3.5 Belangenverenigingen en opmerkelijke initiatieven in België en Nederland

Een wet blijft dode letter als er geen mensen, instanties of belangengroepen zijn die zich scharen achter de inhoud ervan. Voorvechters die bereid zijn het grote publiek informatie in mensentaal te verschaffen en die de communicatie met de wetgevende instanties gaande houden.

Organisaties die uitzoeken waar de knelpunten liggen en die pleiten voor bijsturing van de wet waar dat nodig blijkt te zijn. Welke belangenverenigingen stonden op de barricade en stonden mee in voor de vormgeving en de werkelijke doorbraak van de euthanasiewetgeving? Hier volgen enkele verenigingen, in België en Nederland, die hierin hun steentje hebben bijgedragen. Ook andere opmerkelijke initiatieven, die rond de problematiek van euthanasie werkzaam zijn, komen aan bod. Deze verenigingen en initiatieven kunnen doorverwijsmogelijkheden zijn voor een team (verpleegkundigen) dat geconfronteerd wordt met een patiënt met een langdurige en steeds weerkerende doodswens; ze leveren betrouwbare informatie en in sommige gevallen organiseren zij opleidingen over hoe hulp te verlenen aan een patiënt met een verzoek om euthanasie.

3.5.1 Belangenverenigingen

3.5.1.1 RWS: Recht op Waardig Sterven (België)

www.rws.be

Recht op Waardig Sterven is een opinie- en actiegroep rond gezondheidsproblematiek, meer bepaald rond alles wat te maken heeft met (het recht op waardig) sterven. Léon Favvyts is oprichter en voorzitter van deze organisatie die eind 1983 werd opgericht.

Volgens de website 'www.rvs.be' is het doel van de vereniging "ijveren voor het behoud van de eerste Belgische euthanasiewet en voor de verbetering en aanvulling ervan". Verbeteringen en aanvullingen die worden beoogd, situeren zich onder andere op volgende terreinen:

- geen verzwaarde procedure voor niet-terminale ongeneeslijk zieken
- een betere afdwingbaarheid en een breder uitvoeringsvlak van het 'levenstestament'
- meer duidelijkheid voor psychisch ondraaglijk leed dat niet gekoppeld is aan een lichamelijke ongeneeslijke ziekte
- een duidelijke regeling voor medische hulp bij zelfdoding
- een bevredigende oplossing voor minderjarigen
- een doorverwijsplicht voor artsen die euthanasie weigeren.

De website van deze vereniging bevat een ruim aanbod van informatie over euthanasie, hulp bij zelfdoding en aanverwante thema's. De vereniging geeft ook een kwartaalblad uit (mogelijkheid tot downloaden van de site) met een overvloed aan actuele informatie.

Deze vereniging geniet de morele steun van een erg ruim beschermcomité waarvan de leden bij het thema 'waardig sterven' betrokken zijn of sympathiseren met de visie van de organisatie.

3.5.1.2 LEIF: LevensEinde InformatieForum (België)

www.leif.be

LEIF (LevensEinde InformatieForum) werd begin 2003 onder impuls van de VZW Recht op Waardig Sterven opgericht. Dit gebeurde naar aanleiding van de wetten inzake patiëntenrechten, palliatieve zorg en euthanasie die in 2002 van kracht werden. LEIF ontstond als een open forum voor zorgverleners, patiënten en hun familie, omdat het snel duidelijk werd dat slechts weinigen onder hen vertrouwd zijn met deze wetten (LEIFblad, 2008). Wim Distelmans (oncoloog, LEIFarts en arts palliatieve zorg) is voorzitter van deze organisatie.

Voor LEIF is euthanasie evenwaardig aan de andere mogelijke beslissingen bij het levenseinde: "LEIF is een open initiatief van mensen en verenigingen die streven naar een waardig levenseinde voor iedereen, waarbij respect voor de wil van de patiënt voorop staat".

Naast actuele informatie, uitgebreide documentatie en interessante links bevat deze website ook het 'LEIFartsen forum'. Het forum groepeerd meer dan 300 artsen (huisartsen, ziekenhuisartsen, en specialisten) over gans Vlaanderen die een opleiding volg(d)en i.v.m. de problematiek van euthanasie, beslissingen rond het levenseinde en die de mogelijkheden kennen van de palliatieve zorg in Vlaanderen.

"De euthanasiewet voorziet een verplichte raadpleging van een tweede arts (en bij niet-terminale patiënten van een derde arts). In de dagelijkse praktijk is het vaak niet eenvoudig om een bevoegde en onafhankelijke arts te vinden. Hiervoor kunnen de LEIFartsen gevraagd worden. Wanneer LEIFartsen als onafhankelijke artsen worden geraadpleegd, biedt dit een waarborg voor de behandelende arts én zijn patiënt dat er nauwgezet met de problematiek van het levenseinde wordt omgegaan. Op deze wijze wordt tussen artsen onderling ook aan deskundigheidsbevordering gedaan. Een courante misvatting is dat men deze LEIFartsen zou kunnen oproepen om een euthanasie te komen uitvoeren. Als LEIFartsen als tweede of derde arts gevraagd worden bij een euthanasieverzoek, voeren ze deze euthanasie principieel NIET uit. Ze geven hierbij wel advies en steun."

LEIF organiseert opleidingen voor artsen en andere hulpverleners (verpleegkundigen, psychologen,...). Daarnaast is het LevensEinde InformatieForum ook bedoeld om met elkaar van gedachten te wisselen en ervaringen i.v.m. beslissingen rond het levenseinde te delen. Verder heeft de organisatie de intentie om een documentatiecentrum op te richten, symposia en studiedagen te organiseren, onderzoek te stimuleren, enzovoort.

Naast hulpverlening via het internet voorziet de organisatie ook een telefonische hulplijn rond levenseinde. Een antwoord op allerhande praktische vragen is eventueel ook te vinden in het LEIFblad (te downloaden op de website).

3.5.1.3 NVVE: Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (Nederland)

www.nvve.nl

De Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (tot 2006: Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie), is een vereniging met als primaire doelstelling het bespreekbaar maken van euthanasie. De NVVE spreekt liever van een vrijwillig levens einde, anderen spreken van geassisteerde levensbeëindiging of zelfdoding. Daarbij probeert men de 'dood-op-verzoek' maatschappelijk aanvaardbaar te maken en ook rechten en plichten te laten opnemen in de Nederlandse wetgeving. De vereniging streeft ernaar dat mensen kunnen kiezen voor een vrijwillig levens einde (en daarbij hulp kunnen krijgen) en dat dit wordt erkend als een mensenrecht.

De NVVE werd op 23 februari 1973 in het Friese Vinkega opgericht. Directe aanleiding tot de oprichting was de zaak Postma. De Friese huisarts Truus Postma werd door het Openbaar Ministerie voor het gerecht gedaagd omdat zij op 19 oktober 1971 haar terminaal zieke moeder een dodelijke dosis morfine had toegediend. Hiertoe was zij gekomen omdat haar moeders verzoek om euthanasie meerdere keren was afgewezen. De zaak raakte landelijk bekend. De rechtszaak was de eerste grote euthanasiezaak in Nederland en startte de euthanasiediscussie in Nederland.

Na meer dan 30 jaar strijd bereikte de NVVE één van haar voornaamste doelstellingen met het op 1 april 2002 in werking treden van de 'Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding'.

De NVVE heeft een informatieve website voor het grote publiek. Voor haar leden ontplooit de NVVE de volgende activiteiten:

- uitgave van wilsverklaringen, waaronder de euthanasieverklaring, het behandelverbod en de niet-reanimerenpenning.
- indien gewenst, persoonlijke hulp bij het invullen van de wilsverklaringen
- uitgave opiniërend tijdschrift Relevant, viermaal per jaar
- ledenbijeenkomsten op diverse plaatsen in het land
- ledenondersteuningsdienst voor persoonlijk advies en informatie aan hulpverleners.

3.5.2 Opmerkelijke initiatieven

3.5.2.1 Vonkel (België)

www.vonkeleenluisterendhuis.be

Vonkel is een inloophuis in Gent waar mensen terecht kunnen met vragen of verhalen over de laatste levensperiode, over sterven, dood en rouw. Lieve Thienpont (psychiater-LEIFarts) is voorzitter van dit initiatief dat onder andere in samenwerking met Marc Cosyns (huisarts-LEIFarts UZ Gent) werd opgericht. De dagelijkse werking wordt verzorgd door vrijwillige medewerkers die hiervoor door Vonkel worden opgeleid.

Vonkel omschrijft het eigen werkterrein als volgt:

Vonkel is

- een informatiepunt voor mensen en zorgverleners met vragen over alles wat met sterven, dood, rouw en dus leven te maken heeft. Vonkel kan ook doorverwijzen naar andere initiatieven waarmee nauw samengewerkt wordt zoals het Inloophuis Kankerliga, palliatieve thuiszorg, zelfhulpgroepen voor specifieke ziekten, Centra voor Morele Dienstverlening, pastorale begeleidingen enz.
- een documentatie- en tentoonstellingsruimte (link met kunst) met mensen die begripvol luisteren en praten over sterven, dood, rouw en alles wat ernaar verwijst of voeling mee heeft.
- een opleidingspunt voor vrijwilligers die mensen vanuit hun wensen begeleiden bij hun sterven. Ze zijn de schakel tussen het heengaan en het toevertrouwen aan de wereld die na hun dood voortleeft. De vrijwilligers zetten zich dagelijks in om het huis open te houden, om gesprekken te voeren, te waken bij een alleenstaande stervende die thuis wil blijven. Ook zijn zij een zinvolle persoonlijke aanwezigheid bij een OCMW-uitvaartdienst of stadsbegrafenis/crematie van een alleenstaande.
- een huis waar mensen met zelfdodinggedachten een onbevooroordeeld doch wijs luisterend oor vinden en indien gewenst verwezen worden voor professionele hulp hetzij om nog een zinvolle weg te ontdekken, hetzij een manier om vredig te kunnen sterven.

Vonkel is geen begeleidingscentrum of opvang- of crisiscentrum. Er wordt geen therapeutisch werk verricht. Indien nodig worden mensen er wel geholpen en gestimuleerd om professionele hulp te zoeken en kan er worden doorverwezen naar gepaste hulpverlening.

Kenmerkend aan dit initiatief is het vrijblijvende en open karakter waarmee de gevoelige thema's 'euthanasie' en 'dood' bespreekbaar worden gesteld. Vonkel wil in al deze activiteiten de ontmoeting met de hulpvrager centraal stellen. Het laagdrempelige aspect van de aangeboden hulp en begeleiding maakt deze organisatie vrijwel uniek in België.

3.5.2.2 De Einder (Nederland)

deeinder.nl

Mensen die serieus overwegen hun leven te beëindigen, zonder dat zij moreel bevoegd of veroordeeld willen worden, en zonder dat zij anderen willen belasten, kunnen terecht bij Stichting De Einder.

Stichting De Einder is een organisatie met humanistische grondslag. De Stichting werkt op basis van counselors die de doodswens als hulpvraag serieus nemen, en dat in alle neutraliteit en openheid en zonder vooroordelen. Een gesprek met een counselor kan voor de hulpvrager duidelijker maken of zelfdoding wel de enig werkelijke mogelijkheid voor hem is, en de aangeboden begeleiding de juiste.

Stichting de Einder stelde ook een brochure 'Begeleiding van mensen met een doodswens' samen, waarin het werkkerrein van de stichting staat beschreven.

De Stichting stelt zichzelf als doel:

- het bevorderen en, indien wenselijk, zelf uitvoeren van professionele begeleiding van mensen met een doodswens die hulp vragen, met respect voor de autonomie van diegenen die om hulp vragen
- het bespreekbaar maken van het verschijnsel dat er mensen zijn die een doodswens hebben, en voorts al hetgeen met een en ander rechtstreeks of zijdelings verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn.

De Stichting tracht dit doel te bereiken door middel van:

- het organiseren van trainingen voor hulpverleners die mensen met een doodswens (zullen gaan) begeleiden
- de uitgave van een informatief kwartaalbulletin, de organisatie van openbare voorlichtingsbijeenkomsten, en de oprichting en instandhouding van een centraal punt voor coördinatie en informatie.

3.5.2.3 Het Klaverblad (Nederland)

Het Klaverblad is een woonvorm voor mensen die al gedurende een langere tijd met een doodswens worstelen. Dit kleinschalig project omvat twee huizen in een woonwijk in het Nederlandse Eindhoven en wordt gerund door ervaringsdeskundigen. Er zijn geen professionele hulpverleners (in de strikte betekenis van het woord) aanwezig (Van Rooijen, 2004).

De doelgroep waar het bezinningshuis zich op richt zijn mensen die al meerdere contacten en/of behandelingen gehad hebben in de psychiatrie. De doodswens is er echter nog steeds en wordt vaak gezien als de oplossing voor hun problematiek. Deze mensen zijn vaak door hun doodswens in een isolement terechtgekomen omdat ze het gevoel hebben dat ze met niemand over deze wens kunnen praten. Het Klaverblad biedt deze mensen de gelegenheid om er samen met lotgenoten over te praten. Ze kunnen bij zichzelf nagaan of de doodswens echt de enige oplossing is die ze nog hebben. Vaak wordt er door het praten over de eigen doodswens weer ruimte gecreëerd doordat men herkenning en erkenning ervaart. Het Klaverblad is niet bestemd voor mensen met een acute doodswens die zich in een crisis bevinden. Ook mensen die zich in een psychose bevinden, kunnen zich niet aanmelden voor een verblijf in Het Klaverblad. Suicidepogingen tijdens het verblijf worden niet getolereerd.

Men kan zich aanmelden door een persoonlijk geschreven brief te sturen naar de coördinator van Het Klaverblad. Een doorverwijzing van een hulpverlener is niet nodig. Van de kandidaat-bewoners wordt verwacht dat ze zich gedurende minimum 6 maanden en maximum 1 jaar engageren om na te gaan bij zichzelf of de dood nu werkelijk is wat zij wensen.

Tijdens de week wordt er iedere dag een beperkt programma aangeboden; dit gebeurt altijd onder leiding van een van de begeleiders. Verder is het huishouden ook voor rekening van de deelnemers, wat inhoudt dat men er gezamenlijk verantwoordelijk voor is dat het huis gepoetst wordt, dat er boodschappen gedaan worden, dat er gezamenlijk gegeten wordt en dus ook samen gekookt wordt (Muijen, 2004).

Bij de oprichting stuitte Het Klaverblad op nogal wat scepsis. Men dacht dat bewoners elkaar alleen maar dieper in de put zouden praten. "Maar we hebben onszelf bewezen", vindt Van der Wijst. "De afgelopen drie jaar woonden er negentien mensen waarvan er uiteindelijk twee voor suïcide hebben gekozen. Zeventien mensen vonden een manier om door te leven."

Besluit

Als men de Belgische euthanasiewet grondig naleest, krijgt men in eerste instantie het gevoel dat deze wet vooral is bedoeld voor terminale patiënten met een somatische aandoening. Toch staat in die wet duidelijk vermeld dat euthanasie ook mag worden toegepast bij patiënten met een 'ondraaglijk (fysiek of) psychisch lijden'. Strikt genomen komen dus ook psychiatrische patiënten, die in veel gevallen psychisch lijden, in aanmerking voor euthanasie. Toch blijkt het in de praktijk niet evident om ook te voldoen aan de andere eisen die door de wet worden gesteld die, meer nog dan bij terminaal zieke patiënten, niet zo objectief toetsbaar zijn in geval van een psychiatrische stoornis. Veel van de problemen die zich voordoen bij de toepassing van de euthanasiewet in de geestelijke gezondheidszorg hebben te maken met de relatief vage omschrijvingen die in de wet zijn vastgelegd, maar evenzeer met het precaire van de inhoud.

In praktijk is het de arts die in samenspraak met de patiënt elke individuele situatie in overweging neemt. Artsen zien zich vaak voor het dilemma geplaatst tussen wat ethisch verantwoord is en wat mogelijk is binnen de lijnen van de wet. Vele artsen zijn evenwel van mening dat bij de uitoefening van hun beroep ethische principes dienen te primeren op wetgeving. Eenzelfde terughoudendheid vindt men ook terug bij verpleegkundigen, die doorgaans niet de theoretische achtergrond hebben van de euthanasiewetgeving, maar ook moeite hebben met de doodswens van psychiatrische patiënten.

Er bestaan uiteenlopende ethische visies in verband met euthanasie bij mensen met een psychiatrische aandoening. Volgens de christelijk-ethische visie kan euthanasie enkel en alleen in de context van de terminale fase in overweging worden genomen: in een niet-terminale fase laat de christelijke visie de uitvoering van euthanasie niet toe. De beschermwaardigheid van het leven wordt vooropgesteld als de fundamentele waarde bij uitstek. Volgens de humanistisch-ethische visie is de menselijke waardigheid echter persoonsgebonden en intrinsiek subjectief en is de meest fundamentele waarde die van het persoonlijke zelfbeschikkingsrecht van de mens over eigen leven en sterven. De wils- en handelingsbekwame burger beslist bijgevolg autonoom over hoe en wanneer hij wenst te sterven als verder leven onherroepelijk strijdig is met zijn concept van menselijke waardigheid. In de medisch-ethische visie ten slotte komt het erop neer dat euthanasie een ultieme mogelijkheid is, wat betekent dat ze niet wordt uitgevoerd, behalve in een door de arts als noodsituatie beoordeelde omstandigheid.

De manier waarop een hulpverlener met de patiënt en zijn doodswens omgaat, wordt grotendeels bepaald door hoe hij als hulpverlener zelf omgaat met zijn gevoelens en in welke mate hij er al dan niet kan of durft bij stilstaan. De eigen opvattingen van de hulpverlener tegenover suïcide en dood kunnen worden onderzocht aan de hand van een attitudevragenlijst, die ook zou kunnen gebruikt worden in de opleiding voor geestelijke gezondheidszorg.

Voor psychiatrisch verpleegkundigen zijn er geen specifieke richtlijnen beschikbaar voor de benadering van patiënten met een niet-somatische aandoening die de vraag om euthanasie stellen. Gericht onderzoek en gespecialiseerde literatuur daarover is tot nog toe onvoldoende

voorhanden. Het is echter niet nodig om nieuwe 'technieken' of pasklare 'oplossingen' te formuleren. Dit zou immers suggereren dat er een draaiboek kan worden gemaakt, wat in contrast staat met de individuele benadering op maat van elke patiënt en de zorgvuldigheid die eigen zijn aan het verpleegkundig handelen. Wel is het zinvol om terug te grijpen naar de reeds gekende basisvaardigheden: tijd en ruimte maken voor het verhaal van de patiënt, actief luisteren, in contact blijven met de patiënt en hem niet in de steek laten, ... Het zijn echter net die vaardigheden die het snelst in het gedrang komen als een patiënt de verpleegkundige te erg confronteert met thema's waar deze het zelf moeilijk mee heeft.

Tot slot wordt een eigen voorstel geformuleerd voor de benadering van psychiatrische patiënten in hun verzoek om euthanasie.

De algemene aandachtspunten daarin zijn dat de psychiatrisch verpleegkundige dient te weten wat kan en niet kan volgens de euthanasiewet en wat de eigen houding is tegenover leven en dood. De psychiatrisch verpleegkundige dient ook na te gaan of er overeenstemming is tussen de visie van de instelling of het ziekenhuis waarin men tewerkgesteld is en de eigen mening. Verder dient in een goed functionerend team het thema 'euthanasie en waardig sterven' bespreekbaar te zijn.

In een concrete situatie is het van belang dat de vraag van de patiënt au sérieux wordt genomen en dat de situatie van de patiënt in team wordt besproken. Men dient erop toe te zien dat de patiënt niet in een isolement terecht komt doordat een gesprek over zijn doodswens uit de weg wordt gegaan. De hulpverlening van de psychiatrisch verpleegkundige bestaat erin de patiënt nabij te blijven tijdens de beslissingsprocedure over zijn verzoek om euthanasie.

Deze aandachtspunten zijn gebaseerd op bestaande modellen, maar hebben in de praktijk hun effectiviteit nog niet bewezen wat betreft de concrete en gerichte toepassing ervan op psychiatrische patiënten met een verzoek om euthanasie. In afwachting van verder onderzoek kunnen de geformuleerde aandachtspunten een houvast betekenen of een aanzet vormen tot verdere interpretatie en uitwerking.

Literatuurlijst

Boeken

Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.

Baart, A., & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en Presentie: Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Utrecht: Lemma.

Berk, T. (2001). *Handboek korte dynamische psychotherapie: Context, theorie en praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Berlin, I. (1996). *Twee opvattingen van vrijheid*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Bosch, E. (2002). *Waar bemoei je je mee !!!: Kritisch reflecteren op het spanningsveld autonomie versus beschermwaardigheid*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Broers, E., & Van Weeghel, J. (2000). *Afzien van suicide: Hoe verpleegkundigen suicidale mensen begeleiden*. Houten: (Trimbos-instituut in samenwerking met) Bohn Stafleu Van Loghum.

Chabot, B. (2007). *Auto-Euthanasie: Verborgene stervenswegen in gesprek met naasten*. Amsterdam: (Uitgeverij Bert Bakker) Prometheus.

Cosyns, M., & Vlamincx, J. (2004). *Zoals ik het wil: Gesprekken over euthanasie*. Roeselare: Roularta Books.

Desmet, M. (2005). *Caritas Cahier: Hoe zit dat eigenlijk met euthanasie?* [brochure]. Brussel: Caritas Catholica Vlaanderen vzw.

Distelmans, W. (2005). *Een waardig levenseinde*. Antwerpen: Houtekiet.

Farran, C.J., Herth, K.A., & Popovich, J.M. (1995). *Hope and hopelessness: critical clinical constructs*. Newbury Park (CA): Sage Publications.

Gastmans, C. (2000). *Verpleegkundige Excellentie: Verpleegkunde tussen praktijk en ethiek*. Maarssen: Elsevier.

Graste, J. (2000). *Waardevol werk: Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum.

Haekens, A., Hermans, J., & Vandenhoeck, A. (2008). *Geen eind aan mijn pijn? Over uitzichtloos psychisch lijden*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

- Kerkhof, A., & Van Heeringen, C. (2000). *Behandelingsstrategieën bij suicidaliteit*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- LevensEinde InformatieForum (2008), *Iedereen heeft recht op een waardig levenseinde* [brochure]. Wemmel: Auteur.
- Leijssen, M. (2005). *Gids beroepsethiek: Waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Pans, E. (2006). *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*. Oisterwijk: Wolf Legal Publishers.
- Ten Have, E. (2006). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen: De patiënt centraal*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Ten Have, H., Ter Meulen, R., & Van Leeuwen, E. (2003). *Medische ethiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- The, A. (2006). *Tussen hoop en vrees: Palliatieve behandelingen en communicatie in ziekenhuizen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tholen, A., Berghmans, R., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W., Polak, F., et al. (2009). *Richtlijn: Omgaan met verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Van Den Bossche, E. (2008). *Wat betekent professioneel zorg verlenen aan suicidale patiënten als psychiatrisch verpleegkundige?* Gent: Bachelorproef Arteveldehogeschool.
- Van den Enden, H. (2005). De ethiek van het recht op waardig sterven. In Braeckman, J., De Reuver, B., & Vervisch, T. (Red.), *Ethiek van DNA tot 9/11* (pp. 83-96). Amsterdam: University Press.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C., & Emmelkamp, P. (2006). *Handboek psychopathologie deel 2. Klinische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Wal, G., & Van der Maas, P.J. (1996). *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*. Den Haag: sdu.
- Van Heijst, A. (2005). *Mensenliefde: De relatie tussen zorgen en Presentie*. Kampen: Clement.
- Van Loenen, G. (2005). *Voor de geest staan. Zorg voor zingeving als taak van de geestelijke gezondheidszorg*. Tilburg: KSGV.

Artikels

- Adriaansen, M., & Van de Pasch, T. (2008). Presentie vergt moed. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 118(6), 24-26.
- Asmus, F., & Schoevers, R. (1995). Rol van de psychiater bij zelfdoding. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 50(2), 131-143.
- Baart, A. (2007). Aandacht en aansluiten, aansluiten, aansluiten. *Change*, (6), 4-8.
- Chabot, B.E. (1993). Hulp bij zelfdoding: drie rechtszaken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48(7/8), 713-737.
- Chabot, B.E. (2000). De vraag om hulp bij zelfdoding. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 42(10), 759-766.
- Cras, P., & Vansweevelt, T. (2002). Levensbeeïndegende [sic] handelingen bij niet terminale patiënten: Kanttekeningen bij enkele praktijkgevallen. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 7(5), 2-4.
- Delbeke, E. (2007). Ondraaglijk psychisch lijden, dementie en euthanasie. Verslag studiedag Belgische Vereniging voor Medische Moraal en Ethiek. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 12(2), 120-123.
- Deliens, L., & Van der Wal, G. (2003). Overeenkomsten en verschillen tussen de euthanasiewetten van België en Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(4), 169-174.
- Hardeman, E. (2007). Veel verpleegkundigen weten zich geen raad met euthanasiewens. *Psy*, 11(7), 31.
- Jonquière, R., & Huisman, J. (2008). Respecteer doodswens van de patiënt. *Psy*, 12(3), 35.
- Kimsma, G.K. (2000). Het lijden beoordeeld. *Medisch contact*, 55(49), 1757-1759.
- Koekkoek, B., & Kaasenbrood, A. (2008). Behandelen van Chronische suïcidaliteit vraagt om risico nemen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50(5), 283-287.
- Legemaate, J. (1993). Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: regels en opvattingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48(7/8), 750-769.
- Liégeois, A. (1993). "Euthanasie" in de psychiatrie: Een ethische benadering. *Psychiatrie en Verpleging*, 69(5), 267-276.

- Liégeois, A. (2006). Begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek tot euthanasie in een niet-terminale situatie. *Psychiatrie en Verpleging*, 82(3), 170-176.
- Muijen, A. (2004). Bezinningshuis voor mensen met een doodswens: 'Uiteindelijk zullen onze bewoners kiezen voor het leven'. *Psy*, 8(8), 9-11.
- Naudts, K., Ducatelle, C., Kovacs, J., Laurens, K., Van Den Eynde, F. & Van Heeringen, C. (2006), Euthanasia: the role of the psychiatrist. *British Journal of Psychiatry*, 188(5), 405-409.
- Steketee, M., & Flikweert, M. (2003). Aandacht als methodiek om mensen te bereiken. *Sociale interventie: Themanummer Presentie*, 12(2), 59-67.
- Stevens, J. (2006, 21 oktober). Het Zwitserse Dignitas helpt elke dag een mens het hoekje om. *De Morgen*, p. 28.
- Stockman, R. (2002). *Euthanasie. Het standpunt van de Congregatie van de Broeders van Liefde*. Geraadpleegd op 23 september 2008, op http://www.brothersofcharity.org/cms/templates/nl/generaleoverste.cfm?doc_ID=67
- Thienpont, L. (z.d.). Euthanasie op basis van psychisch lijden. Kritische beschouwingen aan de hand van een reeks van 37 casussen met de vraag naar euthanasie op basis van psychisch lijden in 2008-2009. *Nog niet gepubliceerd*.
- Thienpont, L., & Van Loon, T. (z.d.). Euthanasie op basis van psychisch lijden. *Niet gepubliceerd*.
- Tholen, A. (2000). Vaardigheden en zorgvuldigheid bij alternatieven voor hulp bij zelfdoding: Een reactie op het artikel van Chabot over 'De vraag om hulp bij zelfdoding'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42(10), 767-772.
- Van Delft, S. (2008). 'Ze zei dat ze dood wilde, maar ik hoorde haar niet'. *Psy*, 12(7), 5-8.
- Van der Kroef, A. (2007). De verpleegkundige en dood op verzoek in de GGZ. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 117(7-8), 65-69.
- Van Lieshout, F. (1997). In gesprek met de suïcidale patiënt. *Strook*, 19(1), 19-25.
- Van Rooijen, M. (2005). Praten over doodsverlangen: 'Ik ben die obsessie kwijtgeraakt'. *Psy*, 9(12), 4-5.
- Vermeersch, E. (2002, 23 mei). De euthanasiewet: Vreugde en wrevel. *De Morgen*, p. 12.
- Welie, S. (1999). Criteria voor wilsbekwaamheid: enkele valkuilen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 41(12), 723-729.

Verslagen van meetings en symposia

Distelmans, W. (2008, oktober). *Euthanasiewet: meerderjarig, wilsbekwaam. Rapportage van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie euthanasie*. Tekst gepresenteerd op het minisymposium "beslissingen bij het levenseinde bij niet-somatische aandoeningen" van LevensEinde InformatieForum (LEIF), Wemmel.

Thienpont, L. (2007, december). *Public health at the end of life*. Genomineerd poster gepresenteerd op het 9 de Public Health Symposium aan de VUB, Brussel.

Vanderbruggen, N. (2008, oktober). *Wils(on)bekwaamheid*. Tekst gepresenteerd op het minisymposium "beslissingen bij het levenseinde bij niet-somatische aandoeningen" van LevensEinde InformatieForum (LEIF), Wemmel.

Audiovisuele en elektronische bronnen

Bezinningshuis Het Klaverblad krijgt geen subsidies meer. Geraadpleegd op 24 november 2009, op http://www.psy.nl/index.php?id=134&tx_ttnews%5Btt_news%5D=1184&no_cache=1

Boon, F. (2008). *De kunst van omgaan met stervenswensen*. Geraadpleegd op 7 februari 2009, op <http://www.humanistischverbond.nl/dekunstvan/column8.html>

De Wachter, D. (2006). *Psychiatrische antwoorden op ondraaglijk psychisch lijden*. Geraadpleegd op 24 januari 2009, op <http://www.jacinta.be/infomap-psychiatrie/#rondetafel4>

De Wolf, K. (2009). *Eerste onderzoek naar euthanasiepraktijk in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 12 februari 2009, op <http://www.medische-ethiek.nl/modules/news/print.php?storyid=871>

Gastmans, C. (2002). *Ethisch advies 1: Zorg voor een menswaardig levenseinde*. Geraadpleegd op 23 september 2008, op <http://www.zorgnetvlaanderen.be/publicatie/Pages/archief.aspx?category=Ethische%20adviezen>

Gastmans, C. (2003). *Ethisch advies 8: Pluralisme en ethische dialoog in christelijke verzorgingsinstellingen*. Geraadpleegd op 24 januari 2009, op <http://www.zorgnetvlaanderen.be/publicatie/Pages/archief.aspx?category=Ethische%20adviezen>

Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie: waarin nadenken en dialogeren over presentie mijn denken beïnvloed heeft*. Geraadpleegd op 8 februari 2010, op http://www.presentie.nl/site/index.php?option=com_file_index&key=10657171516&name=grypdonck_verpleegkunde_en_presentie.pdf

Ispahan (z.d.). *Wat is palliatieve zorg?* Geraadpleegd op 24 januari 2009, op <http://www.ispahan.be/palliatievezorg.htm>

Janssens, P. (2004). *Zwitserland steeds minder droomland voor euthanasie*. Geraadpleegd op 21 juli 2008, op <http://www.nieuwsblad.be/article/detail.aspx?articleid=GKA6T4KO>

LevensEinde InformatieForum. Geraadpleegd op 23 november 2009, op <http://www.leif.be>

Mag ik dood [Televisieuitzending] (2008, 4 juni). Hilversum: Nederland 2.

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig LevensEinde. Geraadpleegd op 24 november 2009, op <http://www.nvve.nl>

Postelmans, K. (2006). *Hulp bij zelfdoding voorkomt zelfdoding*. Geraadpleegd op 7 februari 2009, op www.kennislink.nl/publicaties/hulp-bij-zelfdoding-voorkomt-zelfdoding

Recht op waardig sterven. Geraadpleegd op 24 november 2009, op <http://www.rws.be>

Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit der Letteren, project Communicatieve Vaardigheden. *Communicatieve vaardigheden in het hoger onderwijs*. Geraadpleegd op 28 januari 2010, op <http://www.rug.nl/noordster/mondelingevaardigheden/voorstudenten/luisteren>

Stichting De Einder. Geraadpleegd op 24 november 2009, op <http://deeinder.nl>

Stichting Presentie. Geraadpleegd op 8 februari 2010, op <http://www.presentie.nl>

Stockman, R. (2002). Euthanasie. Het standpunt van de Congregatie van de Broeders van Liefde. Geraadpleegd op 23 september 2008, op http://www.brothersofcharity.org/cms/templates/nl/generaleoverste.cfm?doc_ID=67

Van den Bogaard, M. (2008). Op weg naar een zelfgekozen levenseinde. Geraadpleegd op 10 februari 2010, op http://www.humanistischverbond.nl/doc/1309%20onderzoeksverslag_op_weg_naar_een_zelfgekozen_levenseinde_meggie_van_denbogaarddefinitieve%20versie%2010.00u.pdf

Verreyken, K. (2007). *Palliatieve zorg: Mist psychiatrie palliatieve boot niet?* Geraadpleegd op 7 februari 2009, op <http://www.medische-ethiek.nl/modules/news/article.php?storyid=492>

Veys, M.-N. (2005-2006). *De positie van de psychiatrische patiënt in de Wet Patiëntenrechten*. Geraadpleegd op 13 mei 2010 op https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,8216420&_dad=portal&_schema=PORTAL

Vonkel, een luisterend huis. Geraadpleegd op 23 november 2009, op <http://www.vonkeleenluisterendhuis.be>

Zelfmoordpreventieproject van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Geraadpleegd op 26 februari 2010, op <http://www.zelfmoordpreventievlaanderen.be>

Bijlagen

- Bijlage A Wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002 (Belgisch Staatsblad van 22 juni 2002)
- Bijlage B Vragenlijst ATTS (Attitudes Towards Suicide)
- Bijlage C Beslissingsboom voor hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Bijlage A Wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002
(Belgisch Staatsblad van 22 juni 2002)

BELGISCH STAATSBLAD — 22.06.2002 — MONITEUR BELGE

28515

MINISTERIE VAN JUSTITIE

N. 2002 — 2141 [C — 2002/09590]
28 MEI 2002. — Wet betreffende de euthanasie (1)

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groot.
De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK I. — *Algemene bepalingen*

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

HOOFDSTUK II. — *Voorwaarden en procedure*

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

- de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;
- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;
- de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien :

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

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

F. 2002 — 2141 [C — 2002/09590]
28 MAI 2002. — Loi relative à l'euthanasie (1)

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.
Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

Article 1^{er}. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE I^{er}. — *Dispositions générales*

Art. 2. Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

CHAPITRE II. — *Des conditions et de la procédure*

Art. 3. § 1^{er}. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
- la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
- le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

§ 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire;

2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci;

5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;

6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

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

§ 4. Het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.

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

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

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

HOOFDSTUK III. — De wilsverklaring

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

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

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

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

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

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

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

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

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

2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

§ 4. La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

§ 5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

CHAPITRE III. — De la déclaration anticipée

Art. 4. § 1^{er}. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :

- qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- qu'il est inconscient;
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.

La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK IV. — *Aangifte*

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

HOOFDSTUK V. — *De Federale Controle- en Evaluatiecommissie*

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

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

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

De leden van de commissie worden, met inachtneming van de taalpariteit - waarbij elke taalgroep minstens drie kandidaten van elk geslacht telt - en op grond van pluralistische vertegenwoordiging, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, benoemd uit een dubbele lijst, voorgedragen door de Senaat, voor een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid de hoedanigheid waarin hij zetelt verliest. De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt. De commissie wordt voorgezeten door een Nederlandsestalige en een Franstalige voorzitter. Deze voorzitters worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep.

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

§ 3. De commissie stelt haar huiselijk reglement op.

§ 2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1^{er}, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- est inconscient;
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;

et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.

Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;

3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;

4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

CHAPITRE IV. — *De la déclaration*

Art. 5. Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

CHAPITRE V. — *La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation*

Art. 6. § 1^{er}. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ».

§ 2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique - chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe - et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.

§ 3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur.

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

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

- 1° de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt;
- 2° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RZIV en de woonplaats van de behandelende arts;
- 3° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RZIV en de woonplaats van de arts(en) die over het euthanasieverzoek is (zijn) geraadpleegd;
- 4° de naam, de voornamen, de woonplaats en de hoedanigheid van alle personen die de behandelende arts heeft geraadpleegd, en de data van deze raadplegingen;
- 5° indien er een wilsverklaring is waarin een of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen, de naam en de voornamen van de betrokken vertrouwensperso(n)n(en).

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

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

- 1° het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt;
- 2° de datum, de plaats en het uur van overlijden;
- 3° de aard van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt leed;
- 4° de aard van de aanhoudende en ondraaglijke pijn;
- 5° de redenen waarom dit lijden niet gelenigd kon worden;
- 6° op basis van welke elementen men zich ervan heeft vergewist dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van enige externe druk;
- 7° of aangenomen kon worden dat de patiënt binnen afzienbare termijn zou overlijden;
- 8° of er een wilsverklaring is opgemaakt;
- 9° de procedure die de arts gevolgd heeft;
- 10° de hoedanigheid van de geraadpleegde arts of artsen, het advies en de data van die raadplegingen;
- 11° de hoedanigheid van de personen die door de arts geraadpleegd zijn en de data van die raadplegingen;
- 12° de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen.

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

Art. 7. La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes :

- 1° les nom, prénoms et domicile du patient;
- 2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;
- 3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie;
- 4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations;
- 5° s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes :

- 1° le sexe et les date et lieu de naissance du patient;
- 2° la date, le lieu et l'heure du décès;
- 3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
- 4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
- 5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'insupportable;
- 6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure;
- 7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;
- 8° s'il existe une déclaration de volonté;
- 9° la procédure suivie par le médecin;
- 10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;
- 11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations;
- 12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.

Art. 8. La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

<p>De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.</p> <p>Is de commissie van oordeel bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.</p> <p>Als bij het opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of kunnen gewraakt worden bij de behandeling van deze zaak in de commissie.</p> <p>Art. 9. Ten behoeve van de Wetgevende Kamers stelt de commissie de eerste keer binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet en nadien tweejaarlijks :</p> <p>a) een statistisch verslag op waarin de informatie is verwerkt uit het tweede deel van het volledig ingevulde registratiedocument dat de artsen haar overeenkomstig artikel 8 hebben overgezonden;</p> <p>b) een verslag op waarin de toepassing van de wet wordt aangegeven en geëvalueerd;</p> <p>c) in voorkomend geval, aanbevelingen op die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van deze wet.</p> <p>Teneinde deze opdrachten te vervullen, kan de commissie alle bijkomende inlichtingen inwinnen bij de diverse overheidsdiensten en instellingen. De inlichtingen die de commissie inwint zijn vertrouwelijk.</p> <p>Geen van deze documenten mag de identiteit vermelden van personen die genoemd worden in de dossiers die aan de commissie zijn overgezonden in het kader van haar controletaak zoals bepaald in artikel 8.</p> <p>De commissie kan besluiten om aan universitaire onderzoeksteams die een gemotiveerd verzoek daartoe doen, statistische en zuiver technische gegevens mee te delen, met uitsluiting van alle persoonsgegevens. Zij kan deskundigen horen.</p> <p>Art. 10. De Koning stelt een administratief kader ter beschikking van de commissie voor het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten. De formatie en het taalkader van het administratief personeel worden bij koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voordracht van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en de minister bevoegd voor de Justitie.</p> <p>Art. 11. De werkingskosten en de personeelskosten van de commissie, alsook de vergoeding van haar leden, komen voor de ene helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en voor de andere helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Justitie.</p> <p>Art. 12. Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, is verplicht tot geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.</p> <p>Art. 13. Binnen zes maanden na het indienen van het eerste verslag en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de commissie, bedoeld in artikel 9, vindt hierover een debat plaats in de Wetgevende Kamers. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Wetgevende Kamers ontbonden zijn en/of dat er geen regering is die het vertrouwen heeft van de Wetgevende Kamers.</p>	<p>Elle se prononce dans un délai de deux mois.</p> <p>Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.</p> <p>Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récusé pour l'examen de cette affaire par la commission.</p> <p>Art. 9. La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans :</p> <p>a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8;</p> <p>b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;</p> <p>c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.</p> <p>Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels.</p> <p>Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.</p> <p>La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.</p> <p>Art. 10. Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.</p> <p>Art. 11. Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.</p> <p>Art. 12. Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.</p> <p>Art. 13. Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution des Chambres législatives et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.</p>
---	---

HOOFDSTUK VI. — *Bijzondere bepalingen*

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

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

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

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

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

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

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

Art. 16. Deze wet treedt in werking ten laatste drie maanden nadat ze in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt.

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

Brussel, 28 mei 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Justitie,
M. VERWILGHEN

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,
M. VERWILGHEN

CHAPITRE VI. — *Dispositions particulières*

Art. 14. La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

Art. 15. La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

Art. 16. La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au *Moniteur belge*.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 28 mai 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Justice,
M. VERWILGHEN

Scellé du sceau de l'Etat :

Le Ministre de la Justice,
M. VERWILGHEN

ATTS

Attitudes towards suicide

Department of Psychiatry
Umeå university

March 1996

Ellinor Salander Renberg, Lars Jacobsson

Attitudes

The following questions concern your opinion about suicide. Please mark with a cross the alternative that you find is in best accordance with your opinion. There are no 'right' or 'wrong' answers!

	Strongly agree	Agree	Undecided	Disagree	Strongly disagree
1. <i>It is always possible to help a person with suicidal thoughts.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Suicide can never be justified.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Taking one's own life is among one of the worst things to do to one's relatives.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <i>Most suicide attempts are impulsive <u>actions</u> (by nature).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Suicide is <u>an acceptable means</u> to terminate an incurable disease.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>Once a person has made up his/her mind about taking his/her own life no one can stop him/her</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>Many suicide attempts are made because of revenge or to punish someone else.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <i>People who take their own lives are usually mentally ill.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <i>It is a human duty to try to stop someone from dying by suicide.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <i>When a person dies by suicide it is something that he/she has considered for a long time.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Strongly agree	Agree	Undecided	Disagree	Strongly disagree
11. <i>There is a risk of evoking suicidal thoughts in a person's mind if you ask about it.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <i>People who make suicidal threats seldom complete suicide.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. <i>Suicide is a subject that one should not talk about.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. <i>Loneliness could for me be a reason to take my life.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <i>Almost everyone <u>has at one time or another thought about suicide.</u></i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. <i>There <u>may be</u> situations where the only reasonable resolution is suicide.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. <i>I could say that I would take my life without actually meaning it.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. <i>Suicide can sometimes be a relief for those involved.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. <i>Suicides among young people <u>are particularly puzzling</u> since they have <u>everything to live for.</u></i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. <i>I would consider the possibility of taking my life if I were to suffer from a severe, incurable, disease.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. <i>A person once they have suicidal thoughts will never let them go.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. <i>Suicide happens without warning.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. <i>Most people avoid talking about suicide.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Strongly agree	Agree	Undecided	Disagree	Strongly disagree
24. <i>If someone wants to commit suicide it is their business and we should not interfere.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. <i>It is mainly loneliness that drives people to suicide.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. <i>A suicide attempt is <u>essentially</u> a cry for help.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. <i>On the whole, I do not understand how people can take their lives.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. <i>Usually relatives have no idea about what is going on when a person is thinking of suicide.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. <i>A person suffering from a severe, incurable, disease expressing wishes to die should get that help to do so.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. <i>I am prepared to help a person in a suicidal crisis by making contact.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. <i>Anybody can die by suicide.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. <i>I can understand that people suffering from a severe, incurable, disease die by suicide.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. <i>People who talk about suicide do not die by suicide.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. <i>People do have the right to take their own lives.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. <i>Most suicide attempts are caused by conflicts with a close person.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Strongly agree	Agree	Undecided	Disagree	Strongly disagree
36. <i>I would like to get help to take my own life if I were to suffer from a severe, incurable, disease.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. <i>Suicide can be prevented.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thank you for contributing to our survey.

Bijlage C Beslissingsboom voor hulp bij zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

