

# **EUTHANASIE OP BASIS VAN PSYCHISCH LIJDEN**

**REFLECTIES AAN DE HAND VAN 50 PATIENTEN  
MET DE VRAAG NAAR EUTHANASIE  
OP BASIS VAN PSYCHISCH LIJDEN  
(oktober 2007 - oktober 2010)**

Dr. Lieve Thienpont

Inleiding door Prof. Dr. Tony Van Loon

Dit artikel is opgedragen aan de patiënten die we niet  
of niet tijdig hebben kunnen helpen en een eenzame dood stierven.

© 2011 Lieve Thienpont

Foto omslag: BENN

Voor overname kunt u zich wenden tot verantwoordelijke uitgever: [lievethienpont@yahoo.com](mailto:lievethienpont@yahoo.com)

Waar mogelijk voldeden we aan auteursrechtelijke verplichtingen. Wie meent aanspraak te kunnen maken op de in het artikel opgenomen teksten, verzoeken wij contact op te nemen met de uitgever.

Geprint op BioTop

ISBN 9789081689403

NUR 875

# EUTHANASIE OP BASIS VAN PSYCHISCH LIJDEN

## REFLECTIES AAN DE HAND VAN 50 PATIENTEN MET DE VRAAG NAAR EUTHANASIE OP BASIS VAN PSYCHISCH LIJDEN (oktober 2007 - oktober 2010)

**‘Erkennen wat is brengt ons tot liefdevol handelen, wat tot doel heeft het lijden te verminderen.’**

Bernie Glassman (1998)

### **Inleidende ethisch-juridische overweging**

**prof. dr. em. Tony Van Loon, Vrije Universiteit Brussel**

Leven met een partner die regelmatig aangesproken wordt om hulp te bieden bij patiënten die euthanasie willen op basis van psychisch lijden, is niet altijd evident. De hulpvrager-patiënt en de hulpverlener-arts-psychiater-therapeut gaan samen op zoek naar een adequate, efficiënte en goede hulpverlening. Een zoektocht die ik ooit ‘De Ware Leugen’ (1995) heb genoemd. Voor wat betreft de euthanasievraag staat ‘Waar’ voor het feit dat doodgaan voor beiden, hulpvrager en hulpverlener, tot de onmiddellijke realiteit gaat behoren. Een ‘Leugen’ omdat aan deze doodswens geen eenvoudige oplossing kan geboden worden. De vraag naar levensbeëindiging, die in alle authenticiteit wordt gesteld, is moeilijk te beantwoorden. De patiënt zelf en zijn omgeving en zijn beroepsbeoefenaars brengen hun eigen waarden mee en die zijn niet steeds congruent met betrekking tot de vraag naar zelfbeschikking. De zoektocht is, wanneer de hulp heeft geleid tot euthanasie, vaak moeizaam. Het is een tocht naar uiteindelijke leniging van ondraaglijk lijden, die herhaaldelijk in vraag wordt gesteld, geremd door een loodzware wetgeving, door praktische moeilijkheden en concrete bezwaren tegen het eindresultaat. Wanneer deze tocht eindigt met een zachte dood voor patiënt en omgeving, is er rust en vrede. Wanneer het afscheid niet sereen verloopt en de nabestaanden achterblijven in vertwijfeling en onvrede, blijven er ook voor de behandelaar vragen en twijfels. Wanneer de tocht niet leidt tot euthanasie maar naar nieuwe zingeving in het leven van de patiënt, ontstaat er opluchting en vreugde omdat het therapeutisch begeleidend werk opnieuw levenskansen brengt, zin in leven, in samen leven. Duurt de tocht te lang omwille van de vele obstakels en eindigt deze met een gelukke zelfdoding van de patiënt, dan blijft de arts achter met de uiteindelijke confrontatie met zichzelf.

De samenlevende partner is van dit alles observator, metgezel, klankbord, de laatste toeverlaat. Hij staat mee op de eerste rij. Hij is eveneens deelgenoot aan de vele beslissingen die moeten genomen worden. Het dompelt behandelaar en partner vaak onder in existentiële vragen en oefeningen. Beider ervaringen verdienen permanente aandacht en zorg.

Omwille van de noodzaak van het delen en uitwisselen van ervaringen, wenst Lieve dit proces, deze zoektocht om te zetten in woorden. Dit geschreven onderzoek is dit van de bevoorrechte getuige, van de behandelaar, van de reflecterende geleerde, die onmiddellijk betrokkene is. Zij laat de hulpvragende in alle openheid zijn/haar vraag formuleren, zij vertaalt die vraag in een traject waarbij de hulpzoekenden (hulpvrager en hulpverlener), binnen de ruimte die de wet op de euthanasie heeft uitgestippeld, samen op weg gaan. Deze reis start vaak moeilijk omdat de patiënt al eerder met zijn vraag is verloren gelopen in het landschap van hulpverleners. Lieve als therapeute gaat ervan uit dat de vraag van de patiënt naar levensbeëindiging, ernstig en letterlijk moet genomen worden. De plaats die

psychische, fysische, juridische, morele, existentiële bezwaren innamen ten aanzien van de vraag in het verleden, is door de patiënt verbeurd verklaard. Er is alleen nog ; *‘Ik wil (zo) niet langer leven, help me waardig te sterven in vrede met mezelf.’*

Uit het onderzoek zal blijken dat wanneer de wetgever in 2002 beslist heeft euthanasie als mogelijk medisch handelen aan te bieden vanuit de zelfbeschikking van de patiënt, dit in de dagelijkse praktijk niet altijd evident is. Voorwaarde is immers dat de vraag wordt gehoord door een ontvankelijk arts . Vele artsen zijn nog steeds opgeleid vanuit de overtuiging dat de dood een negatie is van hun optreden, een mislukking die kost wat het kost, moet worden vermeden, ook al leidt dit tot therapeutische hardnekkigheid. De wetgever heeft deze attitude met de vinger gewezen, heeft gesteld dat pijn bestrijden primordiaal is in de zorg. Zie hiervoor de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt: *‘Elkeen behoort van de beroepsbeoefenaars in de zorgsector de meest aangepaste zorg te krijgen om de pijn te voorkomen, er aandacht voor te hebben, te evalueren, in aanmerking te nemen, te behandelen en te verzachten.’* Art. 11bis.(2004). Het antwoord van de medische wereld is voornamelijk de palliatieve zorg en opnieuw blijft de patiënt alleen met de uitzichtloze, psychische pijn waarmee hij niet langer wil leven. Die psychische pijn is een reëel lijden en een vernietiger van de lijdende mens en voldoende reden om te willen sterven. Psychische pijn is niet symbolisch tenzij als passend in een plan van een god of godin die stom blijft. Vandaar is ja zeggen tegen de patiënt die dit lijden achter zich wil laten, zo precieus, zo waardevol. Mogen we hopen dat de wetgever bij de evaluatie van de wet op de euthanasie, deze adequate benadering kan inschrijven in de wet betreffende de rechten van de patiënt.

Dit onderzoek heeft wetenschappelijke waarde zowel medisch, ethisch als juridisch. Het aantal patiënten is voldoende groot om meer inzicht te verwerven in het functioneren binnen de euthanasiewet van zowel patiënt als beroepsbeoefenaar, in de aspecten van de arts patiënt-relatie ten aanzien van de euthanasievraag . Dit onderzoek toont hoe patiënten, zij het vaak moeizaam, komen tot emancipatie (= de eigen rechten kunnen realiseren ) en opkomen voor zichzelf (= zichzelf volledig en ten volle ontplooiën tot het einde ) en de rol van de beroepsbeoefenaars hierin.

Ook de psychiatrische patiënt heeft recht op die emancipatie en advocacy: dood gaan als een geïntegreerd deel van het leven. In het onderzoek van Lieve worden hiertoe bouwstenen aangereikt.

## VOORWOORD

Het oorspronkelijke doel van het artikel was de gegevens van 50 patiënten die bij mij kwamen aankloppen met de vraag naar euthanasie op basis van psychisch lijden, samen te vatten en de ervaringen met collega's te delen in de overtuiging dat dit ons vooruit kan helpen in het euthanasievraagstuk.

Dit artikel beoogt geen wetenschappelijke conclusies maar wil de ervaringen formuleren als een getuigenis. Bovendien moeten vele gegevens als voorlopig gelezen worden gezien het procesmatig karakter van de euthanasievraagstelling. We zullen pas op langere termijn meer relevante conclusies kunnen trekken. Ook wil ik vermelden dat tijdens het schrijven nieuwe ervaringen en nieuwe reflecties zich opdringen zodat we dit artikel moeten zien als een interpunctie in een snel evoluerend proces. Ik wou zo objectief mogelijk schrijven, wars van emotionaliteit en subjectiviteit.

Dit is me niet gelukt. Aan de rand van de dood is emotie even zeer aan de orde. De frustraties die ik vaak deel met de patiënten omwille van niet gehoord worden in een vraag naar stopzetten van een onnoemelijk en voor sommigen ondraaglijk lijden dat we niet kunnen lenigen, spreken mee. Het is geenszins de bedoeling hulpverleners persoonlijk te treffen.

Integendeel wil ik hierbij de collega's hulpverleners danken om hun luisterbereidheid, hun mee zoeken, hun mee voelen. Ook voor hun eerlijkheid en hun vertrouwen wanneer zij zeggen dat zij zelf niet bereid zijn actief aan het euthanasieproces mee te werken maar de beslissing zullen respecteren. Ook de collega's die in de beslissing niet kunnen meegaan, dank ik voor de kritische bedenkingen die steeds weer het scherp van de snee reflecteren. Niet in het minst wil ik de collega's bedanken die bereid zijn de uitvoering op zich te nemen.

Ook de naastbestaanden die vaak helpen om de uitzichtloze situatie van de patiënt te schetsen en een beeld helpen vormen van het ondraaglijke, langdurige lijden van elke dag, wil ik bedanken. Zij ondersteunen hun dierbare in deze moeilijke levensfase en zijn vaak ook nog de stimulans voor de patiënt om verder te zoeken naar mogelijkheden om de kwaliteit van het leven te verbeteren. De weg die zij samen gaan, is zwaar en moeilijk en vraagt om meer aandacht en professionaliteit in de begeleiding.

En meest van al wil ik de patiënten zelf bedanken die in al hun kwetsbaarheid fijne gesprekspartners waren of zijn. Hoewel vaak ongeduldig, zijn zij zeer respectvol voor mijn eigen positie in dit proces. Zij helpen mij beetje bij beetje om te gaan met het sterven als deel van het leven. Op de rand van de dood is er nog weinig tijd voor franjes. Hun eerlijkheid is vaak onthutsend en helpt tot de kern van de vraag te komen. Hun dankbaarheid weerspiegelt hun hoge nood.

Een nood die vaak buiten de grenzen van ons eigen gezond(er) referentiekader valt en daarom zo moeilijk om te begrijpen, in te voelen en te aanvaarden.

### **'La mort, c'est le plus beau jour de la vie' père Théodore Ratisbonne**

Ook wil ik Jeanette Croonen en Carine de Vries bedanken voor hun boek 'De strijd voorbij. Euthanasie in de psychiatrie.' dat mij net op tijd, vers van de pers, bij het finaliseren van dit artikel in de hand viel. De ontroering bij het lezen is groot. Met het schrijven van dit artikel deel ik hun hoop ; *'We hopen samen met de psychiatrie een ommekeer te kunnen bewerkstelligen, met als uiteindelijk doel dat minder mensen hoeven te kiezen voor een eenzame en gruwelijke dood.'* (2010,pg15)

**Mag ik voordat ik dit leven verlaat  
Het leven dat me zoveel pijn en verdriet heeft gegeven  
Mag ik nog eenmaal geluk ervaren  
En even geen eenzaamheid meer voelen  
Mag dat van jou  
Zal jij dan bij mij zijn ?**

**Aurelia, Zal je dan bij mij zijn ?  
(geciteerd in 'de strijd voorbij' pg 29)**

Tenslotte wil ik mijn partner, Tony Van Loon, bedanken omdat hij steeds bereid is om te luisteren en een veilig en waardevol klankbord aan te bieden op alle betreffende niveaus, niet in het minst het juridische aspect. Ik ben dan ook zeer blij dat hij mijn vraag, om bij wijze van inleiding een meta-reflectie te schrijven, heeft aanvaard.

Ter verduidelijking wil ik vermelden dat vzw Vonkel, die de publicatie op zich neemt, operationeel werd in maart 2009. Vonkel, een inloophuis te Gent, probeert een antwoord te bieden op de vele vragen betreffende het levenseinde. Ik aanvaardde voorzitter van de vereniging te worden. Twee van de vele bezoekers van Vonkel kwamen uiteindelijk bij mij terecht op de wijze zoals hierna beschreven.

Lieve Thienpont

14 februari 2011

## GEGEVENS

### Gegevens Patiënten

In de loop van oktober 2007– oktober 2010 kwamen 57 patiënten mij consulteren met de vraag naar euthanasie, waaronder 50 met een uitgesproken psychisch/psychiatrisch lijden en 7 met voornamelijk een fysiek lijden. In de verdere bespreking zal ik het enkel hebben over de 50 personen die de vraag naar euthanasie stelden voornamelijk op basis van psychisch lijden soms gecombineerd met somatisch lijden.

Ik wil u eerst een beeld geven van de populatie. Voornamelijk vrouwen, 40, stelden de vraag naar euthanasie, slechts 10 mannen. Dit betreft een verhouding vrouwen /mannen die in de lijn ligt van de verhouding in de algemene psychische hulpverlening.

aantal patiënten			
		man	vrouw
n	50	10	40
%	100	20	80

De gemiddelde leeftijd bij aanmelding is 52,4 jaar, de jongste is 27 en de oudste 80. We hebben een duidelijke piek tussen 40 en 60 jaar.

leeftijden	n
- 20 jaar	0
21 - 30 jaar	3
31 - 40 jaar	6
41 - 50 jaar	18
51 - 60 jaar	13
61 - 70 jaar	6
71 - 80 jaar	4
+ 80 jaar	0
totaal	50

De meeste mensen zijn al geruime tijd professioneel inactief, 34 staan op invaliditeit, 6 op pensioen al dan niet om medische redenen vervroegd, 2 onbekend. Slechts 8 mensen zijn nog beroepsactief, al dan niet met ziekteverlof, waarvan 1 ook nog studeert.

activiteitsgraad		n	%
	Werk (+1 studie)	8	16
	pensioen	6	12
	invalidite	34	68
	onbekend	2	4
	totaal	50	100

Mensen komen vanuit het hele Vlaamse land wat aansluit bij hun verhaal dat zij vaak dichter bij huis geen hulp vinden. Slechts 3 zijn patiënten uit eigen praktijk, 18 vonden de weg via Leif (1) waarvan sommigen via Vonkel (2) naar Leif werden doorverwezen, beide zijn organisaties die zich bezig houden met alle vragen rond het levenseinde, 8 werden verwezen door de behandelende psychiater, 8 door de behandelende therapeut, 12 door de huisarts en 1 door familie

verwezen door		n	%
	Leif	18	36
	behandelend psychiater	8	16
	behandelend huisarts	12	24
	behandelend therapeut	8	16
	familie	1	2
	uit eigen praktijk	3	6
	totaal	50	100

De meeste patiënten hebben bij aanmelding meerdere diagnoses. Wanneer we enkel de meest belangrijke diagnoses bij aanmelding weerhouden, is er bij 20 sprake van persoonlijkheidsstoornis, bij 18 is er sprake van recidiverende therapie-resistente depressie, bij 1 middelenmisbruik, bij 6 traumageschiedenis al dan niet met dissociatieve componenten, bij 6 gecompliceerde rouw, bij 3 psychosomatiek, bij 3 defect-schizofrenie of schizoïde persoonlijkheid, bij 2 bipolaire depressie, bij 2 Autisme Spectrum Stoornis (ASS), bij 2 Dissociatieve Identiteits Stoornis (DIS), bij 2 anorexia nervosa, bij 1 boulimie, bij 2 psychose, bij 1 Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) en bij 2 patiënten is er geen diagnose. Bij 5 mensen is er, naast het psychisch lijden, ook duidelijk melding van fysiek lijden, 4 maal Chronisch Vermoeidheids Syndroom (CVS) en een maal CVS en voedselintolerantie.

diagnose		n
bij aanmelding	persoonlijkheidsstoornis	20
	depressie (+bipolair)	20
	middelenmisbruik	1
	traumageschiedenis	6
	gecompliceerde rouw	6
	psychosomatiek	3
	schizoïdie/-frenie	3
	ASS	2
	DIS	2
	eetstoornis	3
	psychose	2
	ADHD	1
	geen	2
	CVS	4
	CVS + plus voedselintolerantie	1

Naast deze veel terugkomende diagnoses weerhouden we ook nog melding van angst-neurotische depressie, paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, gesloten waansysteem en vele andere.

Bij 45 patiënten is er bij aanmelding een herhaaldelijk uitgesproken acute doodswens, bij 5 patiënten is er een uitgesproken doodswens maar minder acuut. Met uitzondering van 6, geven de patiënten bij aanmelding aan zeer suïcidaal te zijn en bij velen lopen de suïcidepogingen (vaak zeer ernstige) als een rode draad door hun leven. Allen stellen heel duidelijk de vraag naar euthanasie.

doodswens		n 50	% 100
	acuut	45	90
	niet acuut	5	10
suïcidaal		44	88
	zeer	44	88

- (1) Leif: Levens-Einde-Informatie-Forum [www.leif.be](http://www.leif.be)  
(2) Vonkel vzw: instaphuis en ontmoetingsplaats voor omgaan met sterven, dood en rouw / Gent  
[www.vonkeleenluisterendhuis.be](http://www.vonkeleenluisterendhuis.be)

### Activiteiten en uitkomst euthanasievraag

Bij 17 patiënten konden we tot op heden een of meerdere doorverwijzingen realiseren naar een ander dan tot dan toe bewandeld hulpverleningspad; 4 opnames in psychiatrisch ziekenhuis waarvan 2 met vraag naar testing ASS en 1 specifiek voor verslaafdenzorg, 5 ambulante testing ASS, 1 tweede mening ASS bij psychiater, 7 verwijzingen naar Namaste (3), 1 naar Psychiatrische Thuiszorg (PZT) en familiehulp, 1 naar een huisarts-leifarts, 1 patiënt kende én een verblijf in Namaste én in psychiatrie, 1 patiënt werd getest op ASS en verbleef in Namaste.

17 patiënten		
19 doorverwijzingen		
4 x	naar psychiatrisch ziekenhuis	
		2x plus vraag naar ASS testing
		1x voor verslaafdenzorg
		1 x ook in Namaste
5 x	ambulante testing ASS	
1x	tweede mening ASS psychiater	
1x	naar psychiatrische thuiszorg (PZT) en familiehulp	
7x	naar NAMASTE	
		1x ook in psychiatrie
		1x ook met testing ambulante ASS
1x	naar huisarts-leifarts	

Het valt op dat bij 8 van de patiënten die we verwijzen een vermoeden bestaat van een autistisch component en dat zij bereid waren dit te laten onderzoeken.

Bij 33 mensen konden we geen doorverwijzing realiseren naar een andere dan de reeds bestaande hulpverlening of omdat we geen zinvol alternatief zagen of omdat de persoon niets meer wenste te ondernemen. Wat die patiënten mogelijks onderscheidt van de patiënten die we wel konden verwijzen, is niet op het eerste gezicht duidelijk. Mogelijks kunnen we door verder onderzoek significante verschillen vinden.

Van de 50 patiënten die de vraag naar euthanasie stelden, zijn inmiddels 16 patiënten met behulp van euthanasie overleden, 3 patiënten overleden door suïcide.

Van de 17 patiënten die werden doorverwezen overleden uiteindelijk 6 patiënten met behulp van euthanasie, 2 door suïcide. De andere 9 patiënten, zijn voor zover ons bekend, nog in leven, Van de 50 patiënten zijn er 7 patiënten bij wie eveneens de vraag ontvankelijk werd verklaard maar die wensen te wachten met de uitvoering om diverse redenen of zelfs aangeven dat zij afzien van uitvoering. Bij nog andere patiënten zijn we de vraag nog steeds aan het uitklaren. Uitzonderlijk zijn er patiënten die na een eerste gesprek waarin nog geen advies werd uitgesproken, geen contact hielden. Zij kunnen steeds opnieuw met de vraag naar euthanasie aankloppen als hun zoektocht geen soelaas biedt.

<u>overleden</u>	n	%	38
euthanasie	16	32	
na doorverwijzing	6	12	
zonder doorverwijzing	10	20	
suïcide	3	6	
na doorverwijzing	2	4	
zonder doorverwijzing	1	2	

De proceduretijd tussen aanvraag van euthanasie bij mij en uitvoering duurt tot dusver gemiddeld 5,6 maanden (langst 21,5 maanden, kortst 1dag). Hierbij moet in acht genomen worden dat sommige patiënten de vraag al veel eerder stelden aan bv de huisarts en de consultatie bij mij enkel nog een derde advies betrof. Deze cijfers zeggen dus niets over een proceduretijd in het algemeen. De gemiddelde leeftijd bij uitvoering van de euthanasie betreft 58 jaar, de jongste 38 en de oudste 80 jaar.

(3) Namaste vzw: Centrum voor ervaringsgerichte gezondheidsbevordering/ Merendree  
[www.namaste-huis.be](http://www.namaste-huis.be)

### **Uitvoeringsmodaliteiten van de euthanasie**

Bij de 16 patiënten die overleden met behulp van euthanasie werd de euthanasie 9 maal uitgevoerd door de behandelende huisarts al dan niet bijgestaan door een collega(-leifarts), 3 maal door een nieuw geconsulteerde leifarts/huisarts, 2 maal door een nieuw geconsulteerde neuro-psiater en 2 maal door mezelf, bijgestaan door een collega- leifarts. De nieuw geconsulteerde collega's nemen kennis van het dossier, bouwen een relatie op met de patiënt en beslissen autonoom, zij het in overleg, tot uitvoering.

Het euthanaticum werd 13 maal intraveneus toegediend en 3 maal per oraal. Het betrof in alle situaties Natriumpentothal.

De euthanasie gebeurde 10 maal in de eigen thuissituatie van de patiënt, 1 maal bij familie thuis, 1 maal in het huis van vrienden, 1 maal op een palliatieve dienst van een algemeen ziekenhuis, 2 maal op een dienst neurologie van een algemeen ziekenhuis en 1 maal in de huisartsenpraktijk van de uitvoerende huisarts.

Met uitzondering van 2 patiënten die bij het overlijden enkel omringd waren door hulpverleners waren de andere patiënten omringd door familie en/of vrienden. Op 2 uitzonderingen na, geven de uitvoerende artsen melding van een zeer sereen klimaat van heengaan.

<b>uitvoering</b>			<b>door wie?</b>	
<b>euthanasie</b>	16	n		%
		9	behandelende huisarts/ (+leifarts)	56,25
		3	nieuwe geconsulteerde huisarts-leifarts	18,75
		2	nieuw geconsulteerde neuropsychiater	12,50
		2	nieuw geconsulteerde psychiater (+ leifarts)	12,50
			<b>wat?</b>	
		16	napenthotal	100,00
			<b>waar?</b>	
		10	thuis	62,50
		2	bij familie of vrienden	12,50
		1	in palliatieve dienst az	6,25
		2	in dienst neurologie az	12,50
		1	in huisartsenpraktijk	6,25
			<b>hoe?</b>	
		13	intraveneus	81,25
		3	oraal	18,75
			<b>met wie?</b>	
		14	omringd met familie & vrienden	87,50
		2	uitsluitend met hulpverleners	12,50
			<b>klimaat</b>	
		14	sereen	87,50
		2	moeilijk	12,50

## BESPREKING

### Vraag om levenshulp

#### Hoop

In de zeer bruikbare handleiding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ‘Richtlijn. Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis‘ lezen we; *‘Ieder verzoek om hulp bij zelfdoding door een psychiatrische patiënt 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.’* (2009, pg 25)

Zoals reeds opgemerkt in het voorwoord kunnen we nog geen cijfermatige conclusies trekken, voorlopig moeten wij ons tevreden stellen met het vaststellen van bepaalde tendensen .

Staat vast dat een aanzienlijk percentage van de patiënten (62% volgens de voorlopige cijfers) die de vraag naar euthanasie stellen en bij aanmelding een uitgesproken doodswens hebben en vaak zeer suïcidaal zijn, bereid is om verder te zoeken naar verbetering van kwaliteit van leven. Dit onderstreept het uitgangspunt dat de vraag naar euthanasie in de eerste plaats moet gehoord worden als een vraag naar levenshulp.

Karin Postelmans stelt het als volgt; *‘De meeste mensen die suïcidaal zijn wijzen behandeling niet af; ze waren alleen tijdelijk niet in staat in te zien dat er nog iets anders bestond dan die nooduitgang, de dood. Dit rigide denkbild, dat de bestaande situatie uitzichtloos is, is kenmerkend voor suïcidaliteit’.* (2006, print)

Een patiënte met doodswens die ik aanmoedigde om nog een nieuwe periode naar het Namaste Huis te gaan vertelde mij dat zij daar soms een heel klein beetje hoop kreeg en hoe bang zij daardoor werd en nog meer naar de dood ging verlangen. Toen ik haar vroeg mij dat uit te leggen, mailde zij mij het volgende; *‘ Het gevoel van te leven is heel kort en vluchtig (meestal uit te drukken in seconden of minuten). Ik ervaar het soms heel even, maar dan voel ik daarna dat me dat niet eigen is. Dat is geen stuk van mezelf. Dat is een soort dekentje dat per ongeluk op mij neerduwrelt en merkt dat het zich vergist van persoon en daarna snel terug wegvliegt. Die dekentjes maken het pijnlijk, zoals Namaste ook pijnlijk kan zijn, elke keer ik in mijn auto stap en wegrijd. En daarna is de wanhoop inderdaad aanwezig, maar dan in overtreffende trap, terwijl die elke dag al aanwezig genoeg is. God die u elke dag zegt dat je een vergissing bent, maar het er die dagen, na een mini-sprankeltje hoop, het er nog eens extra hard inwrijft.’.*

Op een ontroerende en beeldende manier laat patiënte ons delen in die fragiliteit tussen hoop en wanhoop, als hoop al angstig maakt... .

### Liefdevol omringd sterven

#### Eenzame weg van de suïcide

Euthanasie verlenen is niet hetzelfde als beslissen of iemand al dan niet mag sterven maar wel of we kunnen /willen helpen iemand een zachte dood te laten sterven.

Tot dusver gaf voor 19 mensen het samen zoeken naar perspectief geen uitkomst op verder leven, 16 patiënten kozen uiteindelijk voor euthanasie, 3 voor suïcide.

Wie nabestaanden van mensen die zich gesuïcideerd hebben, heeft opgevangen, weet hoe rauw die rouw is. Hoe nabestaanden, overmand door spijt en schuldgevoelens, zich blijven uitputten in vragen als; *‘waarom hebben we het niet zien aankomen? waarom hebben we niets meer kunnen doen? wat hadden we meer kunnen doen? waarom is ons geliefde alleen moeten gaan? waarom die gruwelijke dood? we hebben niets meer kunnen zeggen....’.* Zoals een dochter van zeventien zei over haar vader

die zich verhangen had in een stalletje van hun huis: *‘ en toch ben ik blij dat onze papa thuis is komen sterven, dat hij niet in een bos of zo is gaan wegkruipen... ’*. Hoe mensen op zoek gaan naar dit nabij zijn in het uur van de dood.

**Als ik doodga  
hoop ik dat je erbij bent  
dat ik je aankijk, dat je mij aankijkt  
dat ik je hand voelen kan.  
Dan zal ik rustig doodgaan  
Dan hoeft niemand verdrietig te zijn  
Dan ben ik gelukkig.**

**Remco Campert**

Zo heb ik mensen met behulp van euthanasie zien sterven, liefdevol omringd door hun man, kinderen, broer, vriend, buurvrouw... Hun muziek en kaarslicht brengen warmte en verzachting, soms met uitzicht op hun tuin die ze al die jaren hadden gekoesterd. Zo heb ik gehoord hoe laatste woorden worden uitgesproken; *‘ bedankt allemaal voor alles... jullie zijn niet verantwoordelijk, dit is mijn keuze, ik ga in vrede... doe het goed allemaal, ik hou van jullie... ga gerust, je mag voor altijd rusten nu... je was dapper maar het mocht niet zijn... ’*. Deze woorden en gebaren worden als een kostbaar erfgoed meegenomen. Mensen kunnen rustig en waardig heen gaan waardoor nabestaanden niet in shock achterblijven. Ik citeer uit een mail van een huisarts na euthanasie bij zijn patiënte; *‘omringd door voltallige familie, goed voorbereid door patiënte, liefdevol afscheid, zeer rustig voor patiënte, emotioneel maar begripvol aanvaard door de familie’*.

Dit maakt het waard de slappe koord te bewandelen, de weg te gaan.

### **Slappe koord tussen procesmatig te werk gaan en effectief handelen Preventie mensenwaardige dood**

Uit onze gegevens blijkt duidelijk dat het opnemen van de vraag naar euthanasie voornamelijk en meestal een procesmatig gebeuren is. Vanuit het standpunt van de hulpverlener vraagt het in kaart brengen van de vraag, het leggen van alle nodige contacten en het opmaken van het dossier, ruim tijd. Maar ook bij de patiënt, eens hij zich gehoord voelt in zijn vraag naar euthanasie, valt er vaak iets weg van het ongeduld waarmee hij komt aankloppen. Zo komen we meestal in een proces van maanden terecht.

Toch leert de ervaring ons dat er ook niet nodeloos mag getreuzeld worden. Eens mensen er klaar voor zijn, getuigen zij ook dat het wachten op de dood vaak zeer lastig en moeizaam is voor henzelf maar zeer zeker ook voor de omgeving.

Als de procedure dan te lang duurt, bijvoorbeeld door de weerstand en het proces van de naastbestaanden of door het zoeken naar een positief advies van een collega of door het zoeken naar de geschikte uitvoeringsmodaliteiten zoals een goede plaats om te sterven, kiest de patiënt soms toch nog voor suicide. Bijzonder betreuenswaardig gezien de gevraagde hulp dan ook is uitgebleven. Ik citeer hierbij de vraag van een patiënt: *‘Ik wil verlost worden uit mijn lijden. Zelfmoord is pijnlijk en/of gruwelijk en/of bloederig, en alleszins vernederend. Ik wil op een waardige manier sterven. Het is genoeg geweest. Help mij alstublieft.’*

Wanneer wij de vraag naar euthanasie zorgvuldig opnemen kunnen wij helpen voorkomen dat patiënten deze gruwelijke dood moeten sterven. Daar waar onze zorg niet leidt tot verder op weg gaan, leidt ze zeker tot preventie van een gewelddadige dood.

De meeste patiënten met uitgesproken doodswens zijn immers ook zeer suïcidaal en hebben reeds meerdere ernstige suïcidepogingen achter de rug. Slechts een klein percentage geeft aan uit zelfrespect geen suïcidepoging (meer) te willen/zullen ondernemen en verlangt enkel met behulp van euthanasie te sterven. Zoals een nog zeer jonge vrouw dit expliciet aangeeft : *‘ Ik wil niet meer het destructieve van een suïcidepoging, ik heb zo mijn best gedaan om verder te doen en beter te worden, ik verdien echt wel geholpen te worden. ’*. Een zeer terechte en indringende oproep vanuit een nog gezonde impuls van zelfrespect van de patiënt .

### **Weerstand bij de hulpverlener**

#### **Gemiste kans**

*‘ De psychiater die uit principe nooit dodelijke middelen verstrekt, kiest voor een morele positie die op het eerste gezicht aantrekkelijk is. Maar hij betaalt daarvoor de prijs dat chronisch suïcidale patiënten het gesprek met hem mijden over de vraag of zichzelf doodmaken, is wat zij werkelijk willen. Hij trekt daarmee de handen af van een van de moeilijkste groepen patiënten ... . Zo zet men zichzelf als psychiater buiten spel. ’* B.E. Chabot (2000, pg765).

De prijs die we betalen voor onze angst om de vraag op te nemen is inderdaad de gemiste kans om samen met de patiënt stil te staan bij de vraag of doodgaan nu de enige uitweg is dan wel of er toch nog andere wegen te bewandelen zijn.

Door het gehoord worden in hun vraag naar levensbeëindiging geraken mensen vaak los uit het obsessieel bezig zijn met al dan niet sterven, wanneer sterven, hoe sterven. We merken dat zij rustiger worden eens zij vertrouwen hebben in het feit dat hun vraag gehoord wordt. In hun geest komt er terug ruimte om met andere zaken bezig te zijn zoals mogelijke behandelalternatieven of het sereen voorbereiden van hun dood.

Veel van de geraadpleegde collega- psychiaters zeggen heel duidelijk : *‘ Dat zij zelf geen heil meer verwachten van verdere behandeling. ’*, *‘ Dat hun patiënt geen kwaliteit van leven heeft. ’*, *‘ Dat zij het leven van de patiënt ook niet zouden willen. ’*, *‘ Dat zij de vraag naar euthanasie kunnen begrijpen. ’*. Maar bijna even zo veel collega’s geven duidelijk te kennen dat zij toch niet bij de procedure willen betrokken worden. Een collega drukte haar angst als volgt uit: *‘ Ik ben bang dat mijn patiënt zich opgegeven, verworpen zou voelen als ik zou meegaan in zijn vraag naar euthanasie. ’*.

Mijn ervaring leert dat het andersom is, dat patiënten zich verworpen voelen, niet au serieus genomen, wanneer hun vraag naar euthanasie niet wordt opgenomen. Als de hulpverlener niet in staat is om de vraag van de patiënt op te nemen omwille van ethische overwegingen of omwille van emotionele of andere redenen, kan hij dit best met de patiënt openlijk bespreken. Wanneer de therapeut bijvoorbeeld heeft gezegd: *‘ Ik kan niet meegaan in je vraag, dit doet me te veel pijn. ’*, merk ik dat de patiënt dit kan begrijpen en dit niet moet leiden tot een breuk in de therapeutische relatie. Het meest cruciale in de hulpverlenersrelatie is niet of de vraag naar euthanasie wordt opgenomen en gesteund, maar wel of de vraag wordt gehoord en of er eerlijk over gecommuniceerd wordt. Samenwerking met een collega die de vraag wel opneemt is dan zeker haalbaar, ook voor de patiënt.

Waar de hulpverlener voorwendsels aanhaalt om niet te moeten ingaan op de vraag naar euthanasie, leidt dit onvermijdelijk tot een breuk in de werkrelatie. Patiënten stellen dit niet altijd expliciet omdat zij bijvoorbeeld nog wensen opgenomen te blijven in het ziekenhuis, maar het vertrouwen in de behandelaar is definitief zoek.

Hoe kan je als behandelaar in een transparante, authentieke relatie met je cliënt blijven als je de hete aardappel doorschuift. Bovendien hoeft hij niet zo heet opgediend wanneer we de attitude ontwikkelen om de vele suïcidepogingen of de doodswens of de vraag naar euthanasie tot gespreksonderwerp te maken en we niet alleen proberen de dood te vermijden. De geruststelling dat hulp eventueel mogelijk is bij het levenseinde vermindert de anders niet aflatende onrust omtrent suïcide. De patiënten krijgen op die manier ook de permissie om te bestaan in al hun vragen, angsten en verlangens. De gesprekken verlopen makkelijker en in een geest van wederzijds vertrouwen.

**‘ Als we onze ideeën loslaten over hoe we onszelf en anderen kunnen helpen, zal het vanzelf duidelijk worden wat we in een gegeven situatie nodig hebben.’** Bernie Glassman ( 1998, pg 78 ).

In het Nederlands boek ‘ De strijd voorbij.’, hoofdstuk 4 ‘ Oproepen aan de psychiatrie .’ lezen we : *‘ Zoals in het voorwoord staat, volgen hier de oproepen aan de psychiatrie die mensen ons stuurden. Het zijn noodkreten aan de psychiaters, die weigerden hulp bij zelfdoding te verlenen. Het voornaamste knelpunt blijkt het niet serieus nemen van een patiënt met een doodswens. Het zijn allemaal oproepen van ervaringsdeskundigen die in de praktijk hebben ervaren hoe de psychiatrie omgaat met de doodswens van een patiënt. ’* ( 2010, pg 99 )

Om misverstanden te vermijden wil ik hierbij vermelden dat wat in België ‘ euthanasie omwille psychische lijden’ in Nederland ‘ hulp bij zelfdoding’ wordt genoemd.

### **Ongeneeslijk ziek, uitbehandeld**

#### **Aan de rand van de dood kijken we scherper toe**

#### **Onmacht**

Een van de voorwaarden om binnen het wettelijk kader recht te hebben op euthanasie is dat *‘ 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, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.’*. Wet betreffende de euthanasie 28 mei 2002. Art.3 § 1.

Dit betekent dat de behandelaar verplicht is om de vaak lang bestaande psychiatrische voorgeschiedenis zorgvuldig in kaart te brengen, dat hij onderzoekt of er geen hiaten zijn op vlak van diagnose en behandeling. Mijn ervaring heeft me geleerd dat je, op de rand van de dood, scherper en zorgvuldiger toekijkt dan bij een zoveelste suïcidepoging, dat je zorgvuldiger nagaat samen met je patiënt en de betrokken behandelaars of er geen gemiste kansen zijn. Bovendien, al kan dat bij voorkeur niet de enige motivatie zijn, is het jezelf als arts juridisch veilig stellen een extra stimulans om zorgzaam en kritisch toe te kijken.

In ‘Over de schreef, over functioneren en disfunctioneren van artsen’ van Peter Lens en Philip Kahn lezen we: *“ Enkele managers noemden het doen van te overvloedige diagnostiek eveneens een teken van slecht functioneren.”* ( 2001, pg 229)

Zoals boven vermeld dragen de meeste patiënten die euthanasie vragen een fabuleuze reeks diagnosen met zich mee. Betekent dit dat de behandelaars slecht functioneren? Of dat bij uitstek psychiatrie vatbaar is voor verscheidenheid in interpretatie van klachten en gedragingen? Of moeten we, zoals Paul Verhaeghe in zijn boek ‘ Het einde van de psychotherapie ‘, stellen dat de patiënt en zijn problematiek niet te vatten zijn in vooraf gedefinieerde criteria? (2009,pg 126). Of moeten we soms nederig bekennen dat we het niet weten ?

Soms blijkt bovendien dat in deze diagnostische doolhof geen beroep werd gedaan op psychodiagnostisch onderzoek dat, indien deskundig uitgevoerd, toch enig licht in de duisternis kan werpen. Om dan op het eind van de rit te stellen dat het uitblijven van een succesvolle therapie te wijten is aan een onvoldoende inzet van de patiënt, is te kort door de bocht. Nochtans hoor ik dit regelmatig in contact met behandelende collega's. We hebben het als hulpverlener allemaal moeilijk om te durven stellen dat we het niet weten, dat we niet kunnen helpen, dat we machteloos zijn. We zijn niet getraind in het omgaan met niet weten, met machteloosheid. Als het ons niet lukt leggen we dit graag bij het aandeel van de patiënt, wat het lijden van de patiënt onnoemelijk verzwart. Als het al niet gezegd wordt, voelt de patiënt deze interpretatie aan waardoor de al bestaande schuldgevoelens groter worden. De vraag naar euthanasie spiegelt onze beperktheden als hulpverlener wat we vaak niet in dank aannemen.

In een brochure ter aankondiging van een studiedag ( 23/04/2010 ). ' Onmacht & Kracht' georganiseerd door VCgP (4) lezen we het volgende: ' *De verleiding om te kiezen voor oneigenlijke oplossingen is groot. We kennen waarschijnlijk allemaal de neiging het probleem op te lossen voor de ander, over te willen nemen van de ander of het juist te willen bezweren of het op afstand houden ervan. De cliëntgerichte benadering waarbij we onszelf niet in de expertrol (laten) plaatsen en trachten alles wat zich aandient op een empathische, accepterende wijze tegemoet te treden is een kracht die met name binnen het omgaan met onmacht erg helpend kan zijn. Dat juist de cliëntgerichte benadering hier veel te bieden lijkt te hebben neemt niet weg dat het thema onmacht opvallend weinig is gethematiseerd.*'

(4) Vereniging Cliëntgerichte Psychotherapie

### **Diagnose en nieuwe mogelijkheden Redelijk behandelingsperspectief**

Bij een kleine helft (23) van de patiënten werd tijdens de behandeling van de euthanasievraag een aanvullende of nieuwe diagnose gesteld of verondersteld. Zo kwamen een 3 tal patiënten met voornamelijk een lichamelijk lijden zoals CVS, vragen naar euthanasie. Aan de onderliggende en duidelijk aanwezige psychiatrische problematiek werd tot dusver weinig of geen aandacht besteed. Voor sommige patiënten en hun behandelaars biedt een aanvullende diagnose nieuwe handvaten voor therapie en begeleiding. Voor anderen komt dit te laat omdat ze moe gestreden zijn en/of omdat we hen geen redelijk behandelingsperspectief meer kunnen bieden. Nog andere patiënten zien daardoor het perspectiefloze van hun lijden bevestigd.

Volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009, pg 37) moet een redelijk behandelingsperspectief naar huidig medisch inzicht voldoen aan drie eisen :

- ' a   zicht op verbetering bij adequate behandeling*
- b   binnen een overzienbare termijn*
- c   en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt.'*

In de praktijk betekent dit bv dat een vrouw die al tien jaren meer wel dan niet opgenomen was in een zelfde psychiatrisch ziekenhuis omwille van recidiverende depressies en al die tijd therapietrouw was maar helaas geen verbetering kende, niet meer bereid is om zich opnieuw te laten opnemen in een ander bv universitair ziekenhuis. Dit voorstel komt rijkelijk laat en men kan geen enkele garantie bieden op verbetering.

Ook al mag duidelijk blijken dat niet alle mogelijke therapeutische middelen in de loop van die tien jaren werden ingezet, zullen we toch moeten respecteren wanneer mevrouw geen verdere stappen

meer wilt zetten omdat we aan de hoger genoemde eisen voor een redelijk behandelingsperspectief niet kunnen voldoen.

Zo ook zal bij voorbeeld bij een gecompliceerd rouwproces waar de onderliggende persoonlijkheidsproblematiek niet werd behandeld, samen met de patiënt moeten overwogen worden of binnen een aanvaardbare termijn en aanvaardbare inspanningen er een voldoende zicht op verbetering is. Het is tamelijk voor de hand liggend dat aan een 75 jarige dame met afhankelijke persoonlijkheidsproblematiek en depressie na verlies van haar man waarmee zij 50 jaar gehuwd was, een alternatief behandelplan aanbieden weinig kans maakt nog positief onthaald te worden.

In praktijk ontmoet ik geen patiënten die halsstarrig een therapie weigeren als ik zelf overtuigd ben dat wij hen een redelijke kans op beterschap kunnen bieden. Zo heb ik zonder veel overredingskracht een aantal patiënten kunnen verwijzen naar het Namaste Huis. Voor elk van hen was dit een openbaring in hun zoeken naar hulp en zingeving. Een patiënte schreef dat dit een openbaring, een verademing was na een lange zoektocht! Voor sommigen betekende dit een keerpunt in hun verlangen naar de dood. Zij hebben momenteel een beter zij het kwetsbaar leven. Voor anderen was dit niet wat hen kon helpen maar vonden er wel tijdelijk een veilige haven, zij zijn inmiddels overleden of zijn nog zoekende tussen leven en dood.

Dit laat mij toe in de kantlijn te onderstrepen dat niet alle ernstig psychiatrisch zieke patiënten het best geholpen worden door opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Uit getuigenissen van patiënten moet ik afleiden dat wij zonder twijfel een populatie hebben die tijdelijk ergens terecht moet kunnen voor opvang en begeleiding maar zeker wordt in een psychiatrische setting. Ik citeer uit een brief van een patiënte na jaren chronische psychiatrie: *‘Ik had nooit in de psychiatrie mogen verzeild zijn geraakt want het waren zinloze, lege, lijdende jaren, voor wie of wat?’*.

Helaas hebben we weinig alternatieven voor opvang van mensen met psychisch lijden en als die er al zijn hebben ze vaak te kampen met bestaanszekerheid omwille van onvoldoende of geen erkenning van de overheid.

Mijn overtuiging en ervaring is nochtans dat, als we een geschikte hulpverlening kunnen aanbieden en zelf voldoende overtuigd zijn dat verdere behandeling een redelijke kans inhoudt op betere kwaliteit van leven, mensen daar graag op ingaan. Een collega die verontwaardigd te kennen geeft *‘Dat zijn patiënt nog niet uitbehandeld is en dat hij er nog wel iets kan van bakken met zijn patiënt.’*, houdt mijns inziens niet voldoende rekening met de kwaliteitseisen van het leven van onze mensen. Wat voor de psychiater misschien een redelijk resultaat is, hoeft dat niet te zijn voor de patiënt.

In *‘De ethiek van het waardige stervensrecht’* van Prof. Em. Dr. Hugo Van den Enden lezen we het als volgt: *‘De menselijke waardigheid is een fundamenteel en subjectief gegeven: enkel de drager van het leven zelf kan oordelen en beslissen wat voor hem menselijke waardigheid en levenswaardheid is.’* *‘De levenskwaliteit kan zo’n deuken krijgen dat de bevredigingswaarde nihil wordt.’* (2005, print)

Het is en blijft moeilijk om vanuit onze attitudes van hulpverlener dit punt van ‘no return’ te aanvaarden. Wij willen zo graag verder helpen omdat we onze mensen graag zien of onszelf graag zien. In het beste geval een gezonde mix van beide. Wij kunnen moeilijk de grenzen van ons kunnen herkennen, erkennen en aanvaarden.

Vanuit de theorie is een patiënt binnen het psychiatrisch vakgebied nooit uitbehandeld, er zijn altijd combinaties van therapeutische mogelijkheden die niet werden uitgeprobeerd. Vanuit de praktijk moeten we op een bepaald moment kunnen toegeven dat we niet bij machte zijn iemand te helpen een betere kwaliteit van leven op te bouwen. Misschien rest dan alleen nog een betere kwaliteit van sterven, deel van het leven, te beogen.

## **De bloemen bloeien dood**

**De bloemen bloeien dood  
Verschieten in de mooiste kleuren  
Vlammen op in rood  
Vervliegen in de wildste geuren  
Eenmalig 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**

**Opschrift gedachtenisprentje patiënte**

## **Foute of onvolledige diagnose**

### **Kruispunt met Autisme**

Een onthutsend gegeven dat ik meen te moeten weerhouden uit mijn beperkte ervaring maar tegelijk zeer delicaat om het te benoemen, is het feit dat ik meermaals tot het vermoeden van een onvolledige of foute diagnose kwam en daaraan gekoppeld van een niet altijd meest voor de handliggende behandeling. Het lezen van volgend fragment in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging gaf mij de moed het toch te vermelden: *‘Probleemsituaties die in dit opzicht relevant zijn, zijn helaas niet zo zeldzame verzoeken om hulp bij zelfdoding waarbij men als consulent constateert dat er niet zozeer sprake is van ‘uitbehandeld zijn’ maar van ‘onvoldoende’ of zelfs ‘verkeerd’ behandeld, al of niet in het kader van een verstoring van de behandelrelatie die als zodanig door de patiënt en/of behandelaar niet of onvoldoende is opgemerkt’.* (2009 pg 12).

De laatste jaren ben ik erg geboeid geraakt door autisme en het feit dat patiënten met deze genetische belasting vaak niet of minder goed geholpen worden door onze klassieke benadering. Dit valt me onder meer op in super- en intervisies waar, bij nader toezien, therapie resistentie vaak toe te schrijven is aan een autistisch component in de problematiek. Mijn verrassing is groot wanneer ik moet vaststellen dat ook in de populatie van patiënten die euthanasie vragen, we een serieus autismegehalte moeten weerhouden.

Bij aanmelding is er bij 1 patiënt een vermoeden van ASS en bij 1 ander werd ASS al door testing bevestigd, bij 1 patiënte werd in de kinderjaren autisme vastgesteld maar nadien nooit meer weerhouden tijdens een nochtans lange zoektocht in de psychiatrie. Ook bleek tijdens de gesprekken en uitvoerige anamnese en vaak heteroanamnese, dat bij 22 andere patiënten er duidelijk ASS symptomen te weerhouden zijn. Bij 10 patiënten, waaronder ook de patiënt met vermoeden van ASS,

was het mogelijk hen te motiveren voor differentiaaldiagnostisch onderzoek en bij 1 iemand het vragen van een tweede mening. Zeven werden uitvoerig getest en 6 positief bevonden op ASS, 1 werd hoog sensitief bevonden. Eén werd positief ingeschat op ASS bij een tweede mening zonder testing. Eén patiënt liet zich uiteindelijk niet testen omwille van geldgebrek en bij 1 is de testing bezig. 3 patiënten die zich lieten testen gaven duidelijk aan dat ze dat enkel wilden om de aard van hun lijden beter te begrijpen en het belang misschien voor de nabestaanden, niet omwille van eventuele nieuwe behandelingsmogelijkheden.

Dit brengt ons tot een hallucinante slotsom dat bij 8 op de 50 mensen er door gevalideerd psychodiagnostisch onderzoek ASS werd vastgesteld, bij 1 door tweede mening bij een expert ter zake en we bij 15 anderen een sterk vermoeden van ASS componenten weerhouden op klinische gronden. Dit brengt ons bij een totaal van 24 op 50 patiënten waar autisme mede aan de basis van het lijden zou kunnen liggen, waarbij ik uitdrukkelijk pleit voor een complementaire benadering en niet deze van het grote gelijk.

Ook deze slotsom breng ik met schroom niet ernstig genomen te zullen worden terwijl ik de criteria op ASS zeer streng hanteerde en de hypothese post hoc vaak als aannemelijk werd beoordeeld door de behandelaar. Bij andere behandelingsteams is het duidelijk dat er heel wat weerstand bestaat tegen de diagnose ASS in het algemeen, om voor mij onduidelijke redenen. Naar mijn gevoel zou het screenen op ontwikkelingsstoornissen ons dichterbij sleutels voor therapieresistente problemen.

Dit brengt ons bovendien bij heel wat bedenkingen omtrent het autisme zelf. Het bevestigt mogelijk het statement dat we in veel literatuur rond autisme terug vinden, namelijk dat de lijdensdruk bij normaal of meer begaafde mensen met zelfs een milde graad van autisme, vaak groter is dan bij zeer uitgesproken vormen van autisme (dr. Emmanuël Nelis 2010). Bovendien bevestigt het ook dat autisme bij hoog tot normaal begaafde patiënten een zeer vaak miskende diagnose is. In 'Brein Bedriegt' van Peter Vermeulen lezen we: ' *De diagnose van autisme bij mensen met een normale begaafdheid is geen gemakkelijke opdracht. Gebrek aan ervaring, middelen en tijd, een verengd en vertekend beeld van autisme, de ogenschijnlijk normale ontwikkeling en de gelijkenis van bepaalde symptomen met andere stoornissen leiden ertoe dat de diagnose nog te vaak gemist werd en wordt. Heel veel intelligente mensen met autisme krijgen pas tijdens de late adolescentie of zelfs in de volwassenheid hun diagnose.* ' (1999, pg 21).

Een andere bedenking is dat misschien juist omwille van deze begaafdheid, deze mensen de weg naar euthanasie vlugger vinden dan andere patiënten.

Na het stellen van een nieuwe of aanvullende diagnose stelt zich vaak het probleem dat de patiënten niet meer te motiveren zijn tot verdere behandeling. ' *Een probleem kan dan ontstaan, als de patiënt, bijvoorbeeld door het lange tijdsverloop, zo gedemoraliseerd is geraakt, dat hij of zij niet meer te motiveren is voor een nieuwe behandeling die volgens de state of the art wel uitzicht op herstel of verbetering zou kunnen bieden.* ' Richtlijn VNP. (2009, pg12).

Bij sommigen is het leven door de problematiek inmiddels zo'n ruïne geworden dat veel schade onherroepelijk is op relationeel en/of sociaal en/of professioneel en/of financieel vlak en wordt het bieden van een redelijk behandelingsperspectief als maar moeilijker.

Voor sommige patiënten echter heeft deze aanvullende of nieuwe diagnose tot gevolg dat we op zoek gaan naar nieuwe behandelingsmodaliteiten die beter aansluiten op de problematiek. Patiënten met ASS geven vaak aan dat opname in psychiatrie een hel is wanneer hun problematiek niet juist begrepen wordt. Zoals een patiënte schreef in haar euthanasieaanvraag: ' *...ik ben er overal slechter buitengekomen, ze zeiden dat ze me gingen helpen, het enige dat ik heb ondervonden is veel machtsmisbruik want daar kan ik als zwakke ziel toch niet tegenop en een proefkonijn voor pillen...* '. Het betreft een patiënte met sterk vermoeden van ASS dat echter als diagnose niet werd weerhouden.

Vele, ook ambulante therapieën, werken contraproductief wanneer ze niet aangepast zijn aan het autisme. Ook in het recent artikel ‘ Differentiaaldiagnose van het syndroom van Asperger en Schizofrenie’ van Langsweirdt en Hellemang, lezen we in de samenvatting; ‘ *De auteurs presenteren een dergelijke ambivalente patiëntencasus en tonen via een zoektocht doorheen de Medline-gegevensbank aan dat dit diagnostisch probleem vaker wordt gemeld in de vakliteratuur. De factoren die voor verwarring kunnen zorgen, worden benoemd. Verschillende auteurs waarschuwen voor fouten in de diagnostiek, waardoor patiënten soms jarenlang een onaangepaste behandeling ondergaan. Klinische ervaring met ASS wordt genoemd als noodzakelijke voorwaarde voor een correcte differentiaaldiagnostiek. Het lijkt erop dat deze ervaring in de psychiatrische en zeker in de algemeen geneeskundige praktijk soms beperkt is.* ’.( 2010, pg915).

Wanneer we dan toch een mogelijks zinvol behandelingsperspectief kunnen aanbieden is het nog zeer de vraag of deze zal leiden tot een duurzame verbetering van de levenskwaliteit van deze mensen. Aanvullend differentiaaldiagnostisch werk is dus niet per definitie maar mogelijks heilzaam. Het kruispunt ASS en de vraag naar euthanasie beklemtoont het belang van vroege diagnostiek van autisme en schreeuwt naar verder onderzoek. Hoewel uit onderzoek van Els Ronsse en Mathieu Van Rentergem (2010 ) blijkt dat het meedelen van de diagnose ASS meer wel dan niet door de patiënt als een meerwaarde wordt ervaren, is het toch de vraag of dit ook altijd zo is in het stadium waarin de patiënt de vraag stelt naar euthanasie.

## **Bang voor de dood**

### **Ambivalentie**

Uit het contact met de patiënten leer ik dat mensen uit het leven willen omdat ze geen leven hebben, niet omdat ze dood willen. Een werk van de Zweedse theologe Ann Heberlein draagt als titel ‘ Ik wil niet sterven, ik wil alleen maar (zo) niet leven.’. (vrij vertaald) (2008).

Liefst van al willen zij een ander leven maar botsen op eigen onmacht en op deze van de omgeving, hulpverlening inclusief, om iets wezenlijks en duurzaam aan de kwaliteit van hun leven te veranderen. Ik citeer uit een aanvraag tot euthanasie ‘ *Mijn leven is nooit prettig. Ik beleef nergens plezier aan, heb uiterst zelden een goeie dag, alles is grijs en grauw en uitzichtloos. Genezen zal ik nooit.* ’.

Dit betekent geenszins dat de beslissing gemakkelijk is, patiënten zijn vaak opstandig en sterk ontgoocheld, triestig en vooral angstig. Zij willen liever niet sterven en bovendien vrezen zij pijn en verschrikking bij het sterven wanneer zij beroep moeten doen op gewelddadige manieren om uit het leven te stappen. Het spreken over deze angsten helpt ons ook te begrijpen dat mensen vaak bang zijn om het roer zelf in handen te nemen en dat suïcide plegen in alle eenzaamheid moed vraagt. Ook zijn de mensen bang voor de gevolgen van een mislukte zelfmoordpoging en terecht. Een van de patiënten had een jarenlange gangrevalidatie achter de rug omwille van een mislukte suïcidepoging. Ik citeer uit een aanvraag naar euthanasie : ‘ *Ik ben bang van zelfmoord, er zijn er al twee mislukt (pillen). Krijg er toch geen meer van de dokter, helpt toch niet. Andere dingen ben ik bang voor, ik zou al slapend willen sterven. Zachtjes aan.* ’.

De garantie dat zij zullen worden bijgestaan tot de dood zich heeft voltrokken, dat zij niet hoeven af te zien door pijn, vermindering of verstikking, is vaak een troostende gedachte en een blijk van respect. De gedachte en uitspraak van sommige collega’s: ‘ *Als zij uit het leven willen stappen, moeten ze daar zelf maar voor zorgen.* ’ houden geen rekening met deze angsten en dompelen mensen in hun laatste levensdagen in een onnoemelijke eenzaamheid en onmenselijke wreedheid. In het artikel van Kathleen Vereecken ‘ Ik wil niet eenzaam sterven .’ in De Standaard van 16-17/10/2010 (pg 13) getuigt Otje : ‘ *Zelfdoding is geen optie. Ik ben eenzaam opgegroeid, ik wil niet eenzaam sterven... . Toen de leifarts bij wie ik geregeld op gesprek ga, me zei “je mag sterven”, viel er een loodzware last van mij af... .*

*Als ik doodga, zal het vredig zijn, omringd door lieve vrienden die over mijn sterven waken: een hand op mijn schouder, mijn been, mijn voet. Dat lijkt me een mooi afscheid. ”*

Een van de patiënten waar ik zelf geen uitvoerend arts was maar wel aanwezig bij het overlijden, vroeg kort voor het inslapen of ze er kon op vertrouwen dat ze na de dood niet weer zou gestraft worden, zoals ze ook het leven als een straf had ervaren. Ik wist dat mevrouw niet gelovig was maar de boodschap “...dat ze enkel de hemel verdiende...” was duidelijk geruststellend. Ze glimlachte, nam mijn hand en sloot haar ogen voor altijd. Voor nog iemand anders was vanuit gelovig standpunt euthanasie veel minder beangstigend dan suïcide omdat de beangstigende gedachte het leven te moeten herbeginnen na suïcide, kon verlaten worden. Ook het feit dat euthanasie wettelijk erkend wordt als een natuurlijke dood en dus andere wettelijke gevolgen heeft zoals voor sommige verzekeringscontracten, is voor sommige mensen een geruststellende gedachte en minder schuldinducerend dan bij suïcide.

De ambivalentie ten aanzien van de dood die bijna uit elke ontmoeting blijkt, is voor vele collega's en de hele omgeving verwarrend. De ambivalentie wordt vaak begrepen als twijfel, als aarzeling, als excuus ook om niet op de vraag in te gaan: ‘ *De patiënt twijfelt nog.* ’ Ik citeer uit een brief van een behandelend team omtrent een patiënte: ‘ *De redenen voor onze extreme bezorgdheid hebben te maken met het feit dat mevrouw haar keuze maakt vanuit de kern van haar psychiatrische problematiek en zij erin geslaagd is om de mensen rondom haar in twee groepen te splitsen: de mensen voor en de mensen tegen.* ’ De ambivalentie wordt hier geduid vanuit de pathologie van de patiënte terwijl ze alom tegenwoordig is. Deze gemengde gevoelens van zowel patiënt als omgeving, hulpverleners inclusief, staan mooi verwoord in dat ene zinnetje op het gedachtenisprentje van een van de patiënten: ‘ *We lieten je gaan met tegenzin.* ’

Deze ambivalentie houdt de mensen echter niet tegen om weloverwogen en herhaaldelijk de vraag naar euthanasie te blijven stellen. Zoals de echtgenote na het overlijden van haar man zei: ‘ *Zijn lijden was blijkbaar groter dan zijn angst.* ’

Mensen die vragen om euthanasie, beslissen uit het leven te stappen, niet vanuit een impuls, maar vanuit een wel overwogen opmaken van de balans van hun leven.

Waar de vele mislukte suïcidepogingen ondermeer deze ambivalentie uitdrukken, zijn patiënten zich goed bewust van het onomkeerbare van een euthanasie uitvoering. Er is geen ruimte voor flirtgedrag met de dood. Er werd mij slechts 1 keer melding gemaakt door de huisarts van terugtrekking door de patiënt op het laatste moment, de andere patiënten kozen op een serene en wel overwogen manier hun moment om te sterven. Eén patiënte bij wie de euthanasievraag zeker ontvankelijk is, geeft aan te bang te zijn om te sterven, zelfs met hulp.

Uiteraard drukken we altijd en zeer herhaaldelijk de patiënt op het hart dat hij/zij ten allen tijde zijn/haar beslissing kan herroepen, ook op het allerlaatste moment.

**Ik val  
en denk al vallend na.  
Zal ik nog iets roepen, iets van het allergrootste belang  
dat onweerstaanbaar zal weerkaatsen  
tegen een overkant?  
En zal ik nog iets meeslepen in mijn val?  
Ruw en onverwachts?  
Of val ik nergens langs?  
Ik kijk om me heen.  
Een bloem valt met mij mee. Wat sympathiek!  
Een roos?  
Ik kan haar niet goed zien.**

**De zon gaat op,  
de grond verschijnt.  
Nadenkend val ik verder.**

**Toon Tellegen**

## **Jonge mensen Secundaire traumatisatie hulpverlener Grenzen**

De ambivalentie, de verscheurdheid tussen levensdrang enerzijds en het uitzichtloos lijden anderzijds, is meestal aanzienlijk groter bij jonge mensen dan bij oudere mensen zonder een duidelijke grens te willen trekken tussen deze twee leeftijdsgroepen.

Regelmatig wordt mij de vraag gesteld of het behandelen van euthanasie- dossiers niet zeer zwaar is en emotioneel niet te lastig. Over het algemeen kan ik stellen dat de balans die de patiënt opmaakt heel duidelijk invoelbaar is en dat kunnen helpen bij het bewerkstelligen van een zachte dood evenzeer opluchting biedt als verdriet en machteloosheid.

De ervaring van de laatste maanden waar ik intensief vijf jonge mensen (beneden 40 jaar) probeer te begeleiden in hun vraag naar euthanasie, leert dat dit vaak veel meer in de kleren kruipt.

Enerzijds is er het immense verlangen om samen met de jonge patiënt toch nog een weg te vinden naar betere kwaliteit van leven zoals een jonge vrouw van 34 jaar het uitschreeuwt: *‘ Ik wil zo graag leven !! Maar dit is geen leven, zo kan het niet verder. ’*. Zij vertelde dat er wel een wonder zou moeten gebeuren om een kentering in haar leven te brengen. Toen ik vanuit mijn emotionaliteit antwoordde: *‘ Laat er ons naar zoeken. ’*, blonken haar ogen en zei ze: *‘ Ja, laat er ons naar zoeken. ’*

Anderzijds is het samen met de patiënt opboksen tegen onbegrip, de weerstand, het beter weten, het eigen belang van de omgeving, zo mogelijk, nog meer belastend. Dit leidt tot zeer grote eenzaamheid, onmacht en vaak woede bij de patiënt maar ook bij de hulpverlener die de hulpkreet naar waarde tracht te schatten. De bedeltocht om hulp, zoals men het vaak benoemt, die de patiënt onderneemt zet zich vaak verder in een bedeltocht naar samenwerking met collega's. In een recente intervisie vertelde een collega, die een dochter verloor door suïcide, hoe haar begrip voor de beslissing van haar dochter heel extreem op onbegrip botste bij de omgeving en hoe zij daardoor zelf ging twijfelen aan haar gevoelens van begrip. De priester waartegen zij haar verhaal deed, antwoordde: *‘ Het is wel de eerste keer dat ik zo'n kijk op de zaken meemaak, hoor... ’*. De collega schetst hiermee de taboe in onze maatschappij waarin de zelf gekozen levensbeëindiging gedompeld zit. Het omgaan met dit taboe dompelt ook de hulpverlener onder in deze attitudes van onbegrip, vijandigheid en beschuldiging en vraagt extra aandacht voor eigen grenzen. De noodsituatie doet zo'n appel op de hulpverlener dat hij geneigd is alles op alles te zetten en mee op zoek gaat buiten de klassieke grenzen van de begeleiding. Dit hoeft niet per definitie fout te zijn maar is zeker een valkuil wanneer niet onderbouwd en niet in overleg. Intervisie en supervisie is eens te meer, ook in deze materie, absoluut noodzakelijk. Tijdens een intervisie benoemde een collega het risico op secundaire traumatisatie van de hulpverlener bij deze begeleidingen. Ik ben mijn collega's, bij wie ik terecht kan, dankbaar voor de herkenning en erkenning van de valkuilen. Wij hebben in het behandelen van de euthanasievragen dringend behoefte aan meer samenwerking, reflectie en ondersteuning onderling.

**‘Waarover men niet spreken kan  
Daarover moet men spreken...  
Want daarvan leeft de mens  
En daaraan sterft hij... .’**

W. Luypen uit : ‘Grote ontmoetingen. Emmanuel Levinas’ door Luk Bouckaert (1976, pg5 )

### **Ondersteuning familie Zelfbeschikking-in-verbinding Zorgvuldige uitvoering van de euthanasie**

Het begrip secundaire traumatisatie geldt eveneens voor de familie en de naaste omgeving. Het is de keuze van de patiënt om al dan niet zijn naastbestaanden te betrekken bij zijn stervensproces. Velen geven bij aanvang spontaan aan dat zij liever de familie en vrienden er buiten houden omdat zij vrezen dat dit te moeilijk en te pijnlijk zou zijn. Ook wordt in de wet betreffende de euthanasie de autonomie van de patiënt zeer centraal gesteld. In het werkje ‘ Het levenseinde teruggeven aan de mensen ’ van Manu Keirse lezen we onder ‘zelfbeschikking- in –verbinding’: “ *De belangrijke vraag die men kan stellen is of men patiënten moet stimuleren hun keuzes te bepalen als louter individuele keuzes of in overleg met hun dierbaren.*”. (2009 pg 22 ).

Vanuit meerdere overwegingen moedig ik de patiënt aan de naastbestaanden wel op de hoogte te brengen van zijn intenties. Ik geloof in de onverwachte mogelijkheden die betrokkenheid en nabijheid van de omgeving kunnen bieden. Zo vertelde één van de patiënten, bij wie de uitvoering al gepland was en die haar familie slechts laattijdig had ingelicht, dat de familie en vrienden met zo’n betrokkenheid hadden gereageerd dat zij hierdoor weer perspectief was gaan zien.

Maar ook als de weg wel naar euthanasie leidt, is het meestal zowel voor de patiënt als voor de naastbestaanden een veel minder eenzame weg. Nabestaanden getuigen dat juist die zelfbeschikking in verbondenheid met de omgeving, het rouwproces draaglijker maakt.

Eenmaal was ik aanwezig bij een euthanasie waar behalve de uitvoerende leifarts, een leifnurse en ik zelf, niemand aanwezig was om de stervende nabij te zijn. Niet op vraag van de patiënte maar omdat er niemand meer betrokken was op haar leven. Dit is sterven in de woestijn.

Manu Keirse stelt dat men de meeste mensen die in hun leven hebben gekozen voor betrokken relaties gemakkelijk kan motiveren tot een zelfbeschikking in verbinding.

Toch word ik voorzichtiger in het ‘ompraten’ van de patiënten om familie en vrienden in te lichten.

De weg samen gaan is vaak en zeker bij jonge mensen, zeer verscheurend voor henzelf en voor de familie en vrienden. De patiënten schreeuwen om begrip voor hun wens te willen sterven terwijl zij het zelf ook liever anders zouden willen. De omgeving wil graag proberen die wens te aanvaarden maar verlangen zo diep van binnen dat hun dierbare toch in leven blijft.

**’... ‘t is beter als je nog even wacht want even later komt de nacht en schijnt de koele maan...’**

Ramses Shaffy en Liesbeth List

Meestal weten we deze verscheurende situatie toch om te buigen tot een sereen en liefdevol proces. Soms echter leidt het tot conflict en uiting van onmacht en is professionele coaching aangewezen.

We mogen niet vergeten dat bij veel psychiatrisch zieke patiënten de familierelaties al fel verstoord zijn, hetzij als oorzaak van het lijden hetzij als gevolg ervan of beide.

Een familielid van één van de patiënten schreeuwde me kort voor de euthanasie uitvoering boos toe aan de telefoon: ‘ *Dat het toch ondenkbaar is dat de laatste uren voor de uitvoering van de euthanasie*

*de patiënt en zijn familie aan hun lot worden overgelaten en dat er geen professionele begeleiding is.* ' Hij heeft gelijk, we moeten meer werk maken van het inschatten van wat nodig is, wenselijk en gewild. Soms willen mensen met rust gelaten worden en vragen de aanwezigheid van hulpverleners te beperken, soms echter blijkt professionele nabijheid nodig ter ondersteuning. In elk geval moet professionele bijstand telkens zorgvuldig aangeboden en overwogen worden. Ook geeft de familie soms aan dat zij de reacties van onbegrip en schuldinductie van de omgeving vrezen en vragen de arts hierbij steun door bij voorbeeld familieleden te ontvangen en informatie te geven of door op de uitvaartplechtigheid een tekst te brengen dat een kader schetst waarbinnen de zelfbeschikking kan geplaatst worden.

Een zorgvuldige uitvoering van de euthanasie is op zich ook al erg ondersteunend voor de familie en omringing. In ' Leifdraad. Leidraad voor artsen bij het zorgvuldig uitvoeren van euthanasie ', uitgegeven door de leifartsen in 2009, wordt een checklist opgenomen voor deze zorgvuldige uitvoering. Het indachtig zijn van deze aandachtspunten zoals bijvoorbeeld de gsm afzetten, het comfortabel liggen van de patiënt, vooraf het euthanaticum prepareren, rustig en professioneel aanwezig blijven tot patiënt overleden is en andere, is een absolute blijk van respect en medeleven . We raden artsen aan een uitvoering niet alleen te doen, zeker een eerste keer niet; het helpt om aan alle noden van de patiënt en zijn omgeving en van de arts, zo veel als mogelijk, te gemoed te komen.

## **Offerwaarde Palliatieve zorg**

Wie de film 'De Ballade van Narayama' (1983) van Shohei Imamura zag, herinnert zich de offerwaarde in sommige culturen van het zich terugtrekken in de dood van oude mensen ten voordele van de jongere generatie. Ook bij Eskimo's bv is de vriesdood een populaire dood. Wanneer een oude of zieke Eskimo zijn dood voelt naderen, trekt hij zich terug in een iglo, trekt zijn kleren uit en sterft. In 'Helpen bij sterven' (2000) neemt Hans Lam ons mee op een transculturele trip omtrent de zingeving van zelfdoding.

Uit getuigenissen blijkt dat deze motivatie tot zelfdoding niet alleen terug te vinden is bij primitievere volkeren in moeilijke leefomstandigheden. Waar het daar de overlevingskansen van de jongere generatie betreft, gaat het binnen onze culturele context over het verhogen van de kwaliteit van leven van de nabestaanden.

Prof. em. dr. Hugo Van den Enden schrijft in 'De Ethiek van het waardige stervensrecht':

*' Waardigheid is persoonsgebonden en intrinsiek subjectief. Hieruit volgt dat het leven, als het ophoudt een bron te zijn van waarden en zin voor de drager van dit leven, zijn waardigheid verliest. De drager van het leven kan zijn leven bijgevolg als een negatieve waarde of onwaarde ervaren, waaraan hij een einde wil stellen. Het is niet zinvol om hem dan met de abstracte notie van waardigheid van leven te confronteren, als hij zijn persoonlijk leven onwaardig vindt. We moeten het persoonlijke waardigheidsgevoel of onwaardigheidsgevoel van de betrokkenen respecteren.'* (2005, print ).

Wanneer mensen al geruime tijd geen waardevolle inbreng meer hebben in het leven en enkel een last zijn voor zichzelf en de omgeving, vergroot dit vaak heel erg hun lijden. Mensen geven vaak aan '*...dat zij een last zijn...dat zij een blok aan het been zijn...dat zij alleen nog geld kosten...dat zij hun kinderen niets dan miserie bezorgen...*'. En vaak moeten we onderkennen dat dit ook de realiteit is. Zo denk ik aan een moeder die reeds vele jaren was opgenomen omwille van complexe psychiatrische problematiek. De kinderen, tieners, vroegen uiteindelijk aan de vader hun moeder tijdens het week eind niet meer naar huis te halen omdat zij het niet meer aankonden. Of ouders van een cliënte die aangaven dat zij te oud werden om nog voor de zieke dochter te kunnen zorgen. Of de zus die aangeeft

dat ze het niet meer kan opbrengen om na al die jaren nog bij de zieke broer op bezoek te gaan en zich daarom schuldig voelt. De last voor de omgeving is vaak zeer reëel en zeer groot. Patiënten weten dat en het siert hen dat ze daar rekening mee houden. Ik merk dat het uitspreken van die offerwaarde mensen goed doet, dat zij bevestigd worden in wat zij zo diep verlangen namelijk iets positiefs aan het leven te willen toevoegen. Eén van de patiënten liet mij via de huisarts zeggen dat het gesprek dat we daarover hadden met haarzelf en haar zoon haar nog een gelukkig gevoel had gegeven op het eind van haar leven. Sommige nabestaanden bevestigen ook dat zij na verloop van tijd de draad van het leven weer hebben kunnen opnemen, dat een zware last is weggevallen na het overlijden van hun dierbare; *‘Wij missen wel een mama maar niet ons zieke mama.’*; *‘Het was geen leven meer voor vader maar ook voor ons niet.’*

Het is vaak vanuit palliatieve hoek dat bezwaren komen voor deze motivatie tot levensbeëindiging; mensen mogen zich niet tot last voelen en verdienen ten alle tijd alle mogelijke comfortverzorging. Dit is natuurlijk zo, maar het moet wel de vrije keuze zijn van de patiënt om deze palliatie al dan niet zinvol te vinden!

In *‘Euthanasie. Van taboe tot recht.’* van Léon Favvyts (red.) lezen we bij Jan Bernheim: *‘Geneeskunde noopt tot handelen in onzekerheid en tot compromissen in het dienen van de waarden van autonomie en weldoen. Palliatieve zorgen zijn slechts integraal indien ook euthanasie tot de mogelijkheden behoort.’* ( 1998, pg 93 ).

## **Zoals ik het wil**

### **Plaats van uitvoering**

#### **Orgaandonaties**

De plaats van uitvoering stelt vaak problemen. Volgens de Rapporten (2002-2009) van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie sterven mensen met euthanasie in 2003 vaker in het ziekenhuis dan thuis (53% vs 42%). In 2007 sterven ongeveer evenveel mensen met euthanasie in het ziekenhuis als thuis (47%). Cijfers van 2008-2009 houden een zelfde tendens aan (45 vs 44 %).

We zien dat bij euthanasie op basis van psychisch lijden de euthanasie slechts 3 op de 16 keren in het ziekenhuis doorging waarbij nooit in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. De reden waarom euthanasie op basis van psychisch lijden niet in een psychiatrisch ziekenhuis kan doorgaan, is mogelijks van velerlei aard. Veel van onze psychiatrische ziekenhuizen zitten in het katholiek hulpverleners netwerk en houden er een zeer gereserveerde houding ten aanzien van euthanasie op na, omwille van godsdienstige en levensbeschouwelijke opvattingen. Soms hebben we een zeer goede coöperatie: patiënten komen vanuit het ziekenhuis wel op consultatie met hun euthanasievraag en worden daarvoor niet geweerd of veroordeeld.

Maar het ziekenhuis, voor zover mijn ervaring reikt, geeft wel altijd aan dat zij niet actief kan meewerken aan de uitvoering, ook niet door het ter beschikking stellen van de locatie. Vaak wordt ook als argument aangehaald dat dit ten opzichte van het team en van de andere patiënten een niet haalbare kaart is. Misschien is dit momenteel nog zo. Ik weet echter niet in hoeverre de ideologische standpunten van de instellingen een open gesprek en groei daaromtrent mogelijk maken of niet. Vaak heb ik in contact met collega's het gevoel dat zij gewrongen zitten tussen de ideologieën van het ziekenhuis en hun eigen standpunt. Soms wordt dit ook uitgesproken.

Ik citeer een mail van een van de betrokken collega's werkzaam in een psychiatrisch ziekenhuis; *‘Beste, ik heb uw vraag naar positief advies voor euthanasie met dr. X besproken. Hij geeft aan dat ik als arts dit mag doen, maar als assistent dit enkel in samenspraak met de supervisor kan. Dus moet ik u helaas meegeven dat dit niet kan.’*

In het doctoraatsproefschrift van Joke Lemiengre (2010, pg219) zien we dat bevestigd: *‘ Sinds de inwerkingtreding van de Belgische euthanasiewet in 2002 is er binnen de Vlaamse ziekenhuizen en woon- en zorgcentra steeds meer aandacht voor het omgaan met euthanasievragen van patiënten. De besluitvorming is immers complex, en artsen en verpleegkundigen hebben hiervoor steun en begeleiding nodig. Deze complexiteit zorgt ervoor dat de euthanasieproblematiek de individuele relatie tussen de patiënt en de zorgverlener overstijgt. ’*

Hoe dan ook, geen enkele euthanasie werd uitgevoerd in een psychiatrisch ziekenhuis. Twee patiënten werden kort voor het overlijden ontslagen uit psychiatrie om thuis te sterven, 1 patiënte onttrok zich aan de zorgen van het psychiatrisch ziekenhuis in de hoop dat zij op die manier meer kans maakte om geholpen te worden, 1 maal kon de euthanasie doorgaan in een palliatieve dienst van een algemeen ziekenhuis en 2 maal op een dienst neurologie. Eenmaal in de huisartsenpraktijk van de uitvoerende huisarts. De euthanasie gebeurde 12 keer in huiselijke kring, ook al is het uitzonderlijk de eerste keuze thuis te overlijden. Sommige patiënten verbleven de laatste jaren meer in het ziekenhuis dan thuis en willen de thuissituatie daar niet mee belasten. Ook de familie geeft vaak aan dat zij zich veiliger zou voelen in het ziekenhuis en dat dit het wettelijk en verantwoorde karakter van de euthanasie beter voelbaar zou maken. Soms geven zij aan angst te hebben dat het verdriet en de dood ‘langer in huis’ zullen blijven hangen. Ook kinderen in huis zijn soms een bezwaar.

Gelukkig zijn de meeste bezwaren vrij gemakkelijk weg te werken en zien we dat er samen gezocht wordt naar aannemelijke oplossingen voor ieder. Wij proberen daar ook bij te helpen en gerust te stellen door op voorhand het verloop van de uitvoering te bespreken. Wij geven ook tips die kunnen helpen het overgaan te verzachten door bijvoorbeeld het ritualiseren van het overlijdensproces.

‘Zoals ik het wil’ (2004) van Johanna Vlaminck en Marc Cosyns is desbetreffend een zeer inspirerend boek.

Met uitzondering van 2 patiënten die in alle eenzaamheid zijn gestorven, zien we dat de mensen in deze laatste levensfase beter contact hebben met hun onmiddellijke omgeving dan soms lang het geval was. Door het intens op mekaar betrokken zijn in deze laatste levensfase is ook het verwerkingsproces voor de nabestaanden reeds voor het overlijden begonnen.

Misschien heeft de weigerachtige houding van ziekenhuizen dan toch nog een meerwaarde, zij het dat de meerwaarde van de integratie van het sterven in het leven, nooit als argument wordt aangevoerd voor de weigering. Het zou mooi zijn, gezien de uitdrukkelijke wens van velen, indien de mogelijkheid om in een ziekenhuis te kunnen sterven, vlotter kon aangeboden worden.

Door de weigerachtige houding van de ziekenhuizen is bij 2 van de overleden mensen die graag hun organen hadden afgestaan, de donatie niet kunnen doorgaan. Spijtig voor de potentiële donor die op die manier ook zingeving vindt in zijn levenseinde en uiteraard ook voor de gemiste kans als acceptor, gezien een schrijnend te kort aan organen.

## **Uitvoeringsmodaliteit / Hulp bij zelfdoding**

### **Uitvoerende artsen/ Leifartsen**

Persoonlijk geef ik de voorkeur aan het per oraal toedienen van het euthanaticum. De patiënt neemt dan zelf het drankje tot zich en onderstreept daarmee zijn eigen wilsbeschikking. Zoals de reeds eerder geciteerde Hugo Van den Enden schrijft in ‘De ethiek van het waardige stervensrecht’; *‘...als de patiënt de letale handeling zelf kan stellen, mits medische hulp in het beschikbaar stellen van de euthanatica, dan onderstreept dat de echte vrijwilligheid en het definitieve karakter van de stervenswil van de patiënt. Dan hoeft de arts niet per se te worden opgezadeld met de zwaar belastende dodelijke handeling. Maar dat kan uiteraard enkel als de patiënt in staat is om zelf de euthanatica tot zich te nemen’*. (2005, print).

In mijn ervaring vinden de patiënten het meestal geen probleem om het euthanaticum zelf in te nemen, integendeel, bij bespreking vinden ze dat eerder vanzelfsprekend. In Nederland noemt men dit hulp bij zelfdoding. Wettelijk is hulp bij zelfdoding in België niet geregeld. De Orde van Geneesheren heeft zich echter reeds in juni 2003 daarover uitgesproken; ” *hulp bij zelfdoding wordt in de wet betreffende de euthanasie niet expliciet weerhouden als levensbeëindigend handelen. Nochtans kan hulp bij zelfdoding deontologisch gelijkgesteld worden met euthanasie voor zover alle voorwaarden voor het uitvoeren van euthanasie zoals bepaald in de wet vervuld zijn*”.

Uit de bevraging bij de uitvoerende artsen blijkt dat zij gemakkelijk grijpen naar infuus of injectie. Zij geven aan dat deze uitvoeringsmodaliteit hen meest vertrouwd is en hen technisch het meest zeker lijkt. De cijfers tonen aan dat ook de patiënten meestal voor deze weg kiezen of mogelijk wordt de keuze weinig bespreekbaar gesteld.

Waar in boven genoemd citaat er sprake is van ‘...de zwaar belastende dodelijke handeling...’, voelt de uitvoering meestal in praktijk eerder als een opluchting, een bevrijding op de eerste plaats voor de patiënt maar ook voor de omgeving. Als uitvoerder deel je in dat gevoel.

Ik citeer uit mails van collega’s: ‘ *Alles gebeurde zeer sereen in aanwezigheid van vrienden en familie.*’, “ *De verpleegsters zorgden voor een rustige en serene sfeer en boden ook ondersteuning aan de familie.*’. Of een familielid die me na het overlijden mailde: ‘ *Mijn zus vroeg mij u van harte te danken.*’. Of een boodschap van de huisarts op fax na het overlijden : ‘ *Patiënte is overleden vandaag om 18h30. Ze was gelukkig ( ze straalde).* ”.

Uitvoerende artsen kunnen zich laten bijstaan door een collega of door verplegenden. Leifartsen en leifnurses bv zijn daar speciaal toe opgeleid.

Toch blijven veel collega-psychiaters zeggen zelf niet betrokken te willen zijn bij de beoordeling van de vraag, laat staan bij de uitvoering. Wij zien dan ook in de kleine reeks van 50 patiënten dat geen enkele behandelende psychiater bereid is tot uitvoering van de euthanasie bij hun patiënt terwijl er vaak wel begrip is voor de beslissing. De behandelende huisarts daarentegen is wel vaker bereid tot uitvoering. Misschien is het feit dat de huisarts meer vertrouwd is met het overlijden van zijn patiënten, met de dood in het algemeen, daarvan de reden. Als psychiater kunnen we ons meer verheven voelen boven de dood, onze patiënten gaan niet dood, althans niet onder onze ogen. Mogelijks is vaak ook de katholieke context waarin de psychiater werkt verantwoordelijk voor deze keuze. Hoewel niet ingeschreven in de doelstellingen van de leifartsen, leren de cijfers ons dat er in nood toch beroep gedaan wordt op een leifarts voor de uitvoering omdat de zorg voor de patiënt prevaleert. De euthanasie werd 5 maal uitgevoerd door een leifarts die voordien geen behandelend arts was. Hij zal altijd eerst een relatie opbouwen met de patiënt, kennis nemen van het dossier en zich zelf vergewissen van de ontvankelijkheid van de euthanasievraag.

De leifarts wordt bij voorkeur aangesproken om een tweede of derde mening te geven, informatie over levenseinde te geven en om een uitvoerende collega bij te staan.

Wij hopen dat dit vermijdingsgedrag tot uitvoering hoort bij een overgangsfase en dat we langzaam kunnen evolueren naar euthanasie als een minder geschuwde medische daad, maar ervaren wordt als een hulpverlening die de zorg voor het levenseinde verzekert.

### **Plaats van de psychotherapeut Getuige zachte dood**

Gezien euthanasie een medische act is, blijft de niet- arts- hulpverlener aangewezen op de samenwerking met artsen. Sommige therapeuten verwijzen hun cliënt nadat duidelijk werd dat de vraag van hun cliënt naar euthanasie persisteerde en de verdere therapeutische begeleiding zwaar hypothekeerde. In sommige contexten, ziekenhuizen of centra, is het thema nog zo taboe dat de verwijzing stiekem moet gebeuren. Voor sommige therapeuten is het mee opnemen van de vraag naar

euthanasie geen optie omdat zij aangeven dat zij willen gaan voor het leven van hun cliënt en niet voor de dood. Anderen daarentegen ervaren minder die dualiteit en erkennen het recht op een zachte dood als kwaliteit van leven en blijven hun cliënt steunen en begeleiden.

Een goede verwijzing door de therapeut naar een arts die ontvankelijk is voor de vraag, wordt als helpend en steunend ervaren. Als de therapeut de weg naar euthanasie niet wil/kan bewandelen maar authentiek aanwezig blijft in zijn eigen aanvoelen van gereserveerdheid, of in zijn gevoelens van verdriet of zelfs kwaadheid, kan de cliënt dit meestal wel plaatsen als een vorm van betrokkenheid en geeft niet per definitie aanleiding tot een breuk. Een cliënte vertrouwde mij toe dat ze haar therapeut niet verder wou belasten met haar vraag naar euthanasie; ‘... omdat hij er zo aangeslagen van was...’. Daar waar de therapeut niet authentiek aanwezig blijft bij de vraag naar euthanasie, en bijvoorbeeld omwille van de druk van de mening van het team, de vraag afwijst, ontstaat er soms een zeer pijnlijke vertrouwensbreuk.

Bij geen enkel overlijden werd vermeld dat de behandelende therapeut aanwezig was, ook al werd dit soms zeer expliciet door de cliënt gevraagd. Ik vermoed dat we nog te weinig aandacht hebben en ook te weinig tijd om de therapeut aan te moedigen zijn cliënt meer nabij te zijn tijdens het stervensproces. Een jonge therapeute zei me; ‘Dat ze heel erg achter de patiënte haar beslissing stond en afscheid zou nemen, doch niet bij het overlijden durfde aanwezig te zijn omdat ze nog nooit bij een overlijden aanwezig was geweest.’. Misschien als we meer tijd hadden genomen om er over te praten, had dit wel gekund. Het is trouwens mijn ervaring dat een goed voorbereide en deskundig uitgevoerde euthanasie een rustig en zelfs rustgevend gebeuren kan zijn.

Zoals een cliënte schrijft in haar euthanasieaanvraag; ‘Afscheid nemen, vredig gaan slapen en niet meer ontwaken, daar droom ik al zo lang van.’. Vermoedelijk zou er veel weerstand verdwijnen als behandelaars getuigen konden zijn van een zachte dood.

**Ik denk de echte  
dood is zo licht  
als een veertje  
dat je  
wegblaast in een lucht  
bol van zon  
en dat schommelend verdwijnt  
in het licht dat schijnt  
alsof er in de verste verte  
nooit een eind aan komt.**

Hans Andreus

Verzamelde gedichten uit: *De herberg van het hart van Hein Stufkens en Marcel Derkse*

### **Positief advies / Paradox Ondraaglijk lijden**

Bij enkele patiënten zien we dat, hoewel de euthanasievraag ontvankelijk werd verklaard, zij niet onmiddellijk of zelfs niet wensen over te gaan tot uitvoering. Het ontvankelijk verklaren houdt in dat de artsen hebben ingeschat dat het lijden van de patiënt niet alleen ondraaglijk maar ook perspectiefloos was. Spreekt het feit dat mensen met positief advies toch niet onmiddellijk of misschien niet overgaan tot euthanasie deze inschatting tegen? Komen we zo bij een moeilijke paradox? Werd er door de artsen een foute inschatting gemaakt? Of is het juist die geruststelling dat de hulpzoekende aanspraak kan maken op een waardig levenseinde, dat hem/haar de moed geeft om verder op weg te blijven? Patiënten geven aan van wel. Een patiënte schrijft: ‘...dat de mogelijkheid

*tot euthanasie in zicht blijven stellen haar de mogelijkheid biedt om nog één opname te wagen en te zoeken naar oplossingen.’*

Ik ondervond heel vlug dat het uitspreken van een mogelijks negatief advies patiënten nog veel wanhopiger maakt. Vandaar mijn uitgangspunt dat ik altijd in een eerste gesprek kenbaar maak; ‘*Of we vinden een weg die voor jou perspectief biedt of je kan rekenen op hulp bij een zachte dood.’* Lees dit niet als een strategie maar als een oprecht gemeend uitgangspunt. Zelf bediscussieer ik nooit het ondraaglijke van het lijden. Als mensen mij aangeven dat het lijden voor hen ondraaglijk is, neem ik dit voor waar aan. In het publieksdebat van “meeting of minds” (2006) licht dr. Dirk De Wachter “ondraaglijk” bij een psychisch lijdende patiënt als volgt toe: ‘*Veel patiënten lijden effectief ondraaglijke pijnen. Dit als criterium gebruiken is echter ondoenbaar. Er zijn immers geen objectieve criteria voorhanden, geen radiografische beelden van ondraaglijk lijden. Zoiets blijft steeds interpretatief. Het lijden is wisselend in intensiteit en onvoorspelbaar. Er zijn ruime interpretatiemarges, zowel maatschappelijk als intersubjectief. In sommige gevallen zal de ene psychiater nog hoop koesteren, terwijl de andere die al voor een stuk opgegeven heeft.*’

De patiënt is expert van zijn eigen leven en hij bepaalt wat ondraaglijk is. Wel leg ik uit dat we samen zullen kijken of het ondraaglijk lijden ook onveranderlijk en perspectiefloos is. Het procesmatige van het opnemen van de euthanasievraag is dan ook een zeer belangrijk gegeven. Mensen zijn bereid dit proces mee aan te gaan als ze zich gerespecteerd en begrepen weten en perspectief krijgen, zij het niet op een beter leven dan wel op een zachte dood.

## **Kruispunt met patiëntenwet**

### **Wilsbekwaam**

#### **Verplichte opname**

In ‘Over mijn lijf’, bijsluiter bij de wet over de rechten van de patiënt lezen we in het hoofdstuk over de rechten van de psychiatrische patiënt: ‘*Niet alle patiënten met psychische aandoeningen zijn niet meer in staat hun rechten uit te oefenen. De meeste zijn patiënten zoals alle andere. Ze kunnen zelf vrij kiezen voor een behandeling en kunnen al dan niet met een behandeling instemmen.*’ (2003, pg. 115). Dit stemt in de praktijk overeen met de aard van de populatie die ik tot hier toe zag met de vraag naar euthanasie. Allen waren op moment van vraagstelling wettelijk wils- en handelingsbekwaam en hadden geen psychiatrische aandoening die hen belette helder en coherent over hun vraag na te denken. Deze voorwaarde is trouwens opgenomen in de euthanasiewet 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 is of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek.*’

Een vraag naar euthanasie naar aanleiding van acute situaties zoals een overlijden, wordt logischerwijs maar ook wettelijk geweerd door te stellen dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald moet zijn. Ook voorziet de wet dat er een geschreven aanvraag moet zijn die minstens een maand oud is. Uiteraard is het eveneens voorzichtigheid geblazen wanneer de patiënt die een euthanasieverzoek doet, door de aard van de problematiek, niet voldoende ziekte-inzicht heeft of evenmin inzicht in de mogelijkheden van behandeling en prognose zoals bijvoorbeeld bij psychose, acute rouwreacties, minderbegaafdheid en andere. De wet op de euthanasie voorziet dat de arts vooraf en in alle gevallen de patiënt moet inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting. Hij moet met de patiënt overleggen welke nog resterende therapeutische mogelijkheden zijn, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen. Bovendien zegt de patiëntenwet van 2002 dat informatie moet verstrekt worden in een voor de patiënt begrijpelijke taal. Wanneer acuut suïcide gevaar dreigt en

redelijk overleg niet mogelijk is om bijvoorbeeld bovengenoemde redenen en er geen andere manier gevonden wordt om de patiënt tegen zichzelf te beschermen, zal de arts zich verplicht weten over te gaan tot verplichte opname.

Deze situatie heeft zich echter bij aanmelding of in de loop van het proces geen enkele keer voorgedaan. Wel is door familie 1 maal de dreiging geuit om een procedure voor verplichte opname van hun familielid te starten kort voor een euthanasie uitvoering. Het is gelukkig bij een dreiging gebleven. En 1 maal vernam ik dat, nadat de contacten in verband met de euthanasievraag waren gestopt, er nog een verplichte opname is gevolgd. Sommige patiënten drukken wel de angst uit dat het vragen naar euthanasie, aanleiding zou geven om ontoerekeningsvatbaar verklaard te worden of verplicht opgenomen te worden. Ik citeer uit een mail waarbij een jonge man de vraag naar euthanasie stelt: *‘Ik wil al negen maand doodgraag dood, maar zelf iets ondernemen durf ik niet meer, ik wil echt iets dat 100% zeker is en daarom vroeg ik me af hoe je beroep kunt doen op psychisch lijden en daarvoor euthanasie kunt inroepen zonder dat ze je ontoerekeningsvatbaar verklaren.’*

In ‘De strijd voorbij.’ lezen we: *‘Kunnen psychiaters niet onder ogen zien dat ‘genoeg’ soms gewoon genoeg is, dat zij hun patiënt misschien gewoonweg niet voldoende hebben kunnen helpen? Kunnen zij niet erkennen dat de uiterst geringe kans op verbetering eenvoudigweg niet in verhouding staat tot de inspanningen die het van de patiënt vraagt? Dat een langdurig separeerprogramma met vrijheidsbeperkingen en dwangmaatregelen bij iemand voor wie er geen behandelperspectief is, de grenzen aangeeft van wat de psychiatrie te bieden heeft en het vaak ook nog niet eens effectief is om iemand te beschermen tegen een suïcide?’* (2010, pg 136).

## **Tegenstrijdige belangen patiënt/ familie en/of naastbestaanden**

### **Juridisch spanningsveld**

### **Grillig landschap**

Hoewel we in de meeste situaties de weg sereen kunnen bewandelen, is dat niet altijd zo.

Zoals boven reeds vermeld, is het meestal mogelijk verzet en onmacht van de naastbestaanden om te buigen tot voorzichtige aanvaarding en ondersteuning. Vaak is geduld en begrip nodig.

Wat als de naastbestaanden zich blijven verzetten tegen de vraag van hun dierbare?

En wat als de patiënt dit geduld niet meer kan opbrengen, de tijd die nodig is, niet meer kan overbruggen? Een patiënte voor wie het allemaal veel te lang duurde, vertelde mij meermaals in de loop van de euthanasieprocedure: *‘...dat zij het niet meer volhield, dat zo lang afscheid nemen en het verdriet van de familie erbij nemen, niet meer vol te houden was. Dat zij bang was uiteindelijk naar suïcide te zullen grijpen ...’*. Wat lang is voor de patiënt is vaak nog te kort voor de naastbestaanden. Dit is voor alle betrokkenen een zeer pijnlijke situatie. In de eerste plaats voor de patiënt zelf die zich overlaadt met schuldgevoelens voor wat hij zijn familie aandoet en op deze manier niet vredig kan inslapen. Maar even zeer voor de familie die opstandig en gekwetst achterblijft. De wet voorziet dat de wil van de patiënt prevaleert en toestemming van de familie niet nodig is. In ‘Richtlijn. Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding.’ lezen we: *‘Als familieleden zich verzetten tegen het verlenen van hulp bij zelfdoding, dient dit met de patiënt te worden besproken. Uiteindelijk dient de wens van de patiënt te prevaleren.’* (2009, pg 47). Eens de patiënt vindt dat het moment daar is om afscheid te nemen en alle zorgvuldigheidscriteria vervuld zijn, zal de uitvoerende arts een moeilijke beslissing moeten nemen wanneer de naastbestaanden er niet klaar voor zijn. Sommige artsen zullen duidelijk de wil van de patiënt laten prevaleren en overgaan tot uitvoering, anderen zullen de uitvoering uitstellen. We hebben precedentes die aantonen dat het uitstellen van de uitvoering soms niet haalbaar is voor de patiënt en aanleiding geeft tot gruwelijke wanhoopsdaden. We hebben ook precedentes die aantonen

dat het wel uitvoeren van de euthanasie wanneer de naastbestaanden er niet klaar voor zijn, resulteert in protest van de omgeving en in het aanklagen van de uitvoerende arts.

Het betreft hier niet alleen een menselijk en medisch spanningsveld maar we zien hier ook het juridisch spanningsveld opduiken waar artsen vaak bang voor zijn. Ik citeer uit een mail van een collega: *‘ Sorry dat ik jou opnieuw lastig val maar ik moet toegeven dat ik vannacht niet zo goed geslapen heb... . Ik kan patiënt zijn situatie goed verstaan en kan hierin zijn vraag naar euthanasie goed begrijpen. Ik wil hem hierin steunen maar ik moet ook toegeven dat ik wel angst heb voor het gerechtelijk stuk daar ik hierin geen enkele ervaring heb. ’* Ik kan de angst van de collega alleen maar bijtreden, zelfs met enige ervaring. De wet betreffende de euthanasie, onder voorwaarden en procedure, begint immers met Art.3.§1. *‘ De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat: ... ’* Dit betekent met andere woorden dat als de arts het niet goed genoeg doet, hij een misdrijf pleegt.

Bovengenoemd juridisch spanningsveld moeten we bovendien kaderen in een grillig landschap van weigerachtigheid ten aanzien van euthanasie op basis van psychisch lijden.

Denken we maar aan de zeer recente polemiek naar aanleiding van bovengenoemd artikel in De Standaard ‘Ik wil niet eenzaam sterven’. Ik citeer René Stockman, generale overste van de Broeders van Liefde, in zijn repliek ‘Zelfdoding onder een andere naam’ in De Standaard van 19/10/2010 ( pg 24-25 ): *‘ Neen, ik zie geen verschil tussen deze vorm van euthanasie en de hulp bij zelfdoding. Tenslotte wordt aan de patiënt een middel gegeven om zich al dan niet met assistentie te doden, alleen wordt het anders ingekleed. Het lijkt bijna op hypocrisie: het is zelfdoding, maar we gebruiken dit woord niet, we vinden een vluchtweg via de wetgeving op de euthanasie. ’* Het is bemoedigend dat andere gezaghebbende mensen als Wim Distelmans en John Crombez in antwoord op René Stockman ‘Veroordeel hulp bij zelfdoding niet’ in De Standaard van 20/10/2010 (pg 27) het volgende schrijven ; *‘ Het is bedenkelijk dat de noodkreet van wie ondraaglijk lijdt, ongehoord blijft en dat hij of zij finaal een toevlucht moet nemen tot gruwelijke zelfdoding. Het is ook bedenkelijk dat in vele instellingen van bovenaf de deur wordt toegeslagen voor menig personeelslid dat een eigen beoordeling wil maken. ’* Het ongehoord blijven van patiënten met een persisterende doodswens, leidt tot schrijnende situaties omdat zij in uiterste nood soms hun toevlucht nemen tot hun ouders of hun partner. Ik hoor niet zelden dat de vraag om te helpen al meerdere keren werd gesteld aan de verwanten vooraleer de vraag naar euthanasie kon worden gehoord.

Zoals de moeders getuigen in ‘De strijd voorbij’ (2010, pg 11); *‘ De hulpverlening, de psychiatrie, de artsen hadden zoveel moeite met hun vraag, dat zij weigerden te helpen. Dus vroegen onze kinderen het aan ons. “ Mama, kun jij mij dan niet helpen? ”. Voor een moeder is deze vraag eigenlijk een brug te ver, maar het had maar heel weinig gescheeld... ’*

## **Tegen-indicaties**

### **Levensindekliniek**

### **Leifartsen**

Heel dikwijls hebben de behandelende artsen wel begrip voor de euthanasievraag van hun patiënt en zullen zij die vraag zelf opnemen of verwijzen naar artsen die door hun ingesteldheid euthanasie als een evenwaardige keuze kunnen zien.

Het gebeurt ook dat behandelende of geraadpleegde artsen stellen dat zij de vraag naar euthanasie niet ontvankelijk vinden om medische redenen, bijvoorbeeld omdat niet alle therapeutische middelen uitgeprobeerd zijn of omdat de vraag gesteld wordt vanuit een psychotisch toestandbeeld of andere. Wanneer tegen -indicaties voor euthanasie gesteld worden enkel op basis van medische redenen, draagt dit bij tot een zinvolle en zorgzame overweging ten aanzien van de euthanasievraag.

Toch kunnen wij ons niet van de indruk ontdoen dat de medische tegen -indicaties niet altijd op basis van strikt medische argumenten worden gesteld en dat andere redenen dan de medische, de indicatiestelling mee beïnvloeden.

In zijn boek 'Een waardig levenseinde' beschrijft Wim Distelmans in het hoofdstuk 'Waarom zijn bereidwillige artsen nog steeds moeilijk te vinden?' deze andere redenen.

Hij beschrijft onder meer '*de schrik van controle en vervolging*'. Hij licht toe dat onze artsen worden opgeleid tot zelfstandige autonome beslissers en niet in omgaan met maatschappelijke controle. Ook de '*institutionele beïnvloeding of sociale druk*' worden benoemd waarbij gesteld wordt dat artsen gewoon het mogelijke anti-euthanasie klimaat van de instelling ondergaan. Ook worden '*ideologische of ethische redenen*' benoemd waarbij Wim Distelmans aangeeft dat artsen die geen euthanasie willen toepassen, zouden verplicht moeten zijn om patiënten door te verwijzen. Ook geeft hij als niet onbelangrijke reden aan dat artsen moeilijk doen over euthanasie '*omdat de patiënt hier zelf de toon kan zetten en het initiatief mag nemen. Veel artsen weten hier geen raad mee. Artsen worden nog altijd te veel opgeleid om paternalistisch met patiënten om te gaan, in hun plaats te denken.*'. Naast nog andere redenen wordt ten slotte vermeld dat '*onzekerheid en gebrek aan ervaring een zeer belangrijke rol spelen.*' (2005, pg 181-184)

Al deze redenen zijn begrijpelijk als reden om niet open te staan voor de euthanasievraag van een patiënt en zolang de artsen zich bewust zijn van deze redenen en verwijzen naar een arts die wel open staat voor de vraag, is er geen (groot) probleem.

Wanneer echter deze redenen wel meespelen, bewust of onbewust, om een medisch standpunt in te nemen en de indicatiestelling wel beïnvloeden, is er wel een groot probleem.

Het maakt de behandeling van een dossier nodeloos zwaar en complex en bovendien duurt de euthanasieprocedure daardoor soms langer dan nodig en wenselijk. Zeer recent nog verloren we een vrouw door suïcide nadat ze herhaaldelijk aangaf dat de procedure te lang duurde. Ook de zwaar aangeslagen man die telkens meekwam op consultatie bevestigde dit: '*...zeven maanden, het duurde te lang...*'. Hoewel we als hulpverlener misschien niet kunnen verwachten dat we nooit van die slappe koord vallen, is dit bijzonder betreuenswaardig.

Het geconfronteerd worden met extreme weerstanden van collega's die soms op een zeer merkwaardige manier het dossier beïnvloeden, doet ons ten eerste vermoeden dat veel vragen naar euthanasie op basis van psychisch lijden het daglicht niet zien. Wanneer de patiënt niet voldoende mondig, verstandig en communicatief is of begripvol omringd, lijkt ons de kans bijzonder groot dat hij in zijn vraag naar euthanasie nooit zal gehoord worden. Ik citeer uit brieven van een patiënte die al vele jaren opgenomen was in psychiatrie: '*Ik zocht voordien al 6 jaar tevergeefs naar iemand die me in de vraag naar euthanasie zou steunen ... . Wilt u me aub nooit in de steek laten met mijn vraag naar euthanasie want dan ben ik verloren, het was en blijft een moeilijke, eenzame procedure... . In de psychiatrie wordt mijn uitspraak dat ik soms zeg dat ik niet meer kan sterven (omdat ik al lang nauwelijks nog eet en nu helemaal niet meer) vaak misbruikt in de ernst naar mijn vraag naar euthanasie.*'.

In het Nederlands artikel 'Levenseindekliniek moet psychiatrische patiënten bijstaan' lezen we "*Er is grote behoefte aan een dergelijke kliniek, omdat de reguliere zorg nalaat aan de euthanasieverzoeken van de patiënten gehoor te geven, zegt Petra de Jong, directeur van de NVVE (5). Dit is vooral bij psychiatrische patiënten en dementerenden het geval. Zelfs als de patiënt wel degelijk onder de criteria van de euthanasiewet valt, zijn artsen of psychiaters zelden bereid de euthanasie ook daadwerkelijk uit te voeren.*'. (2010, www.psy.nl)

In dit zelfde artikel lezen we dat volgens psychiater Johan Huisman blijkt dat uit nog te publiceren onderzoek, slechts een fractie van de psychiatrische patiënten met een doodswens serieus worden genomen in hun doodswens.

Hoewel het de zorg is om het levenseinde, ook euthanasie, een zo natuurlijk mogelijke plaats te geven en te integreren in het leven van de patiënt en zijn omgeving, blijkt dit voor het zelfgekozen levenseinde van patiënten met psychisch/psychiatrisch lijden lang niet altijd evident.

Moeten we niet, ook in België, evolueren naar een gehonoreerde tussenkomst van artsen die zich in de materie hebben bekwaamd of zelfs naar iets als een levenseindekliniek waar psychiatrische patiënten of psychisch noodlijdenden kunnen geholpen worden bij een zelfgekozen levenseinde?

In *Opinie & Analyse*: ( *De Standaard* 23/07/2010, pg 22 ) onder 'Euthanasie in noord en zuid' wordt het uitgangspunt om leifartsen voor hun tussenkomst te honoreren niettemin ook bekritiseerd. Dr. Marc Cosyns merkt op dat de stap naar euthanasie-artsen dan niet groot meer is en dat de behandelende arts nog vlugger geneigd zal zijn om de euthanasietoepassing met zijn strafwettelijke complicaties over te dragen aan de leifarts.

Beide bekommernissen, het aanbieden en honoreren van kwaliteitsvolle zorg omtrent euthanasie enerzijds en de geïntegreerde zorg anderzijds, zijn reëel maar hoe te verbinden?

Zijn de toepassingsterreinen somatische geneeskunde en psychiatrie te verscheiden om in het toepassingsbeleid van de euthanasiewet gelijke tred te houden of is een specifieke benadering voor de psychiatrische populatie noodzakelijk?

Blijft uitgangspunt dat zelfbeschikking een democratisch recht van alle patiënten is en dat alle middelen moeten worden ingezet om dit recht toegankelijk en uitvoerbaar te maken, ook voor de psychiatrische patiënt. De dagelijkse praktijk leert dat deze weg nog lang is.

(5 )Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde

## BESLUIT

Uit de cijfers van de euthanasierapporten (2002 -2009) van de Federale Controle- en Evaluatie commissie blijkt dat euthanasie op basis van psychisch lijden eerder uitzondering is dan regel, hooguit 2% van de gerapporteerde euthanasiegevallen.

In eigen praktijk kunnen we uit de voorlopige cijfers een zeer ruwe schatting maken van de einduitkomst met name dat meer dan de helft van de patiënten met uitgesproken doodswens en de vraag naar euthanasie toch nog verder zoekt naar meer levenskwaliteit en minder dan de helft overlijdt met behulp van euthanasie. Jammer genoeg moeten we ook rekening houden met de blijvende suïcide dreiging.

Op meerdere plaatsen in het document 'Richtlijn.' van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie maakt de commissie duidelijk dat een verzoek om hulp bij zelfdoding in eerste instantie opgevat moet worden als een vraag om levenshulp en dat hulp bij zelfdoding een uitzonderlijke, ultieme handeling is. Dit kan samengevat worden als een: '*Nee, tenzij...*'. (2009, pg 12)

Persoonlijk hou ik liever van het uitgangspunt: '*Ja, tenzij...*'. Deze ontvankelijke houding helpt patiënten, die vaak al lang strijd voeren om waardig te mogen sterven, los te komen uit hun preoccupatie, zodat er meer rust en ruimte komt om te luisteren naar wat misschien nog te vertellen valt door omgeving en hulpverleners. En vooral biedt het opnieuw innerlijke ruimte om mogelijke verlangens en zingevingen in zichzelf te ontdekken. In een artikel van Karin Postelmans (2005, print) 'Hulp bij zelfdoding voorkomt zelfdoding' lezen we: '*Serius ingaan op een verzoek van hulp naar zelfdoding is op zich niet strijdig met het ideaal van suïcidepreventie.*'. Zij citeert klinisch psycholoog Ad Kerkhof: '*Een diepgaande discussie over alle voors en tegens van zelfdoding met de patiënt maakt het mogelijk de irrationele elementen te bespreken*'. Karin Postelmans vervolgt: '*Dikwijls eindigt zo 'n verzoek niet met de dood, maar met het accepteren van hulp bij leven.*'.

Waar het opnemen van de euthanasievraag niet meer leidt tot verbetering van kwaliteit van leven en het lijden van de patiënt perspectiefloos en ondraaglijk blijft, leidt het wel tot preventie van suïcide en gewelddadige dood.

De patiënt helpen een zachte dood te sterven is een volwaardige hulpverlening waarbij we het levenseinde op een waardige manier teruggeven aan de mensen.

De attitudes van de hulpverlener die helpen deze moeilijke weg te gaan zijn transparantie, authenticiteit en empathie, gekoppeld aan deskundigheid en bereidheid tot handelen.

## NAWOORD

Voor de collega's die op hun honger blijven zitten omdat dit artikel geen handleiding biedt in het omgaan met de vraag naar euthanasie, wil ik heel graag 'Richtlijn. Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, uitgegeven door de Tijdstroom, aanbevelen. Een eerste versie verscheen reeds in 1998 en werd een tweede maal herzien in 2009. Het biedt in alle opzichten een houvast in het bewandelen van de beslissingsboom omtrent euthanasie. De titel kan voor België gelezen worden als 'Richtlijn. Omgaan met het verzoek om euthanasie door patiënten met een psychiatrische stoornis.'

Evenmin biedt mijn artikel een leidraad voor de uitvoering van euthanasie. Alle noodzakelijke informatie is terug te vinden in 'Leidraad. Leidraad voor artsen bij het zorgvuldig uitvoeren van euthanasie.', uitgegeven in 2009 door de leifartsen en kosteloos te verkrijgen.

Ik wil nog eens benadrukken dat de cijfers geen wetenschappelijke relevantie beogen maar het ons mogelijk maken enkele voorzichtige reflecties te formuleren.

Verder is er nog ontzettend veel wetenschappelijk werk te verrichten aangaande deze thematiek.

Vlaanderen heeft een hoog suïciderftecijfer dat 1,5 keer hoger ligt dan het EU-gemiddelde. Volgens de cijfers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2010) stierven er in 2008 opnieuw meer dan 1000 Vlamingen door zelfdoding. Ruim 2 op 3 van hen waren mannen. Gezien het hoge suïcidecijfer waarvan een groot percentage psychiatrische patiënten enerzijds en het beperkt aantal euthanasiegevallen op basis van psychiatrisch lijden anderzijds, dringt de vraag zich op wat de suïcidale groep onderscheidt van de populatie die vraagt om euthanasie.

Het feit dat mannen minder gemakkelijk de stap zetten naar hulpverlening en tegelijk sneller overgaan tot zelfdoding, kan mede oorzaak zijn.

Mogelijks is de taboesfeer en het nog weinig bekend zijn van de mogelijkheid tot euthanasie op basis van psychisch lijden zowel bij de patiënten als bij de hulpverleners, de reden en een belangrijke factor in het kiezen van suïcide en niet van euthanasie.

Binnen de groep van patiënten die de vraag naar euthanasie stellen, zou het leerrijk zijn te achterhalen welke patiënten uiteindelijk kiezen voor uitvoering van de euthanasie en welke patiënten verder blijven zoeken naar verbetering van kwaliteit van leven.

Ook houdt de vraag me erg bezig, hoeveel mensen bij wie de euthanasievraag ontvankelijk verklaard werd, op termijn niet overgaan tot uitvoering en waarom.

We moeten ons afvragen of het zelf inbrengen van de mogelijkheid op euthanasie voor patiënten met ondraaglijk en perspectiefloos lijden en hoog suïciderisico niet eerder een deontologische plicht is dan wel een gevaar. Persoonlijk ben ik die mening toegedaan.

Ook of we door het inbrengen van deze mogelijkheid de meer impulsief- agressief gestuurde patiënten kunnen weerhouden van een impulsieve daad en meer begeleiden naar een wel overwogen opmaken van de balans van hun leven. Ik verwijst naar het boek van Cees van Heeringen 'Handboek suïcidaal gedrag' waarin Jan Neeleman schrijft ; ' *Door het betere begrip van de onderliggende neurobiologie zijn de gemeenschappelijke eigenschappen van gewelddadig en suïcidaal gedrag duidelijker geworden en blijkt dat suïcide en geweld met elkaar verband houden. Hierbij is de voorbeschiktheid om impulsief-agressief gedrag te vertonen de grootste gemeenschappelijke factor.* '.

( 2007, pg 580).

Tegelijk voel ik het als een valkuil te veronderstellen en te hopen dat we de gewelddadige dood, ook suïcide, uit de wereld kunnen helpen.

Het kruispunt met ASS vraagt absoluut naar verder onderzoek. Ik hoop dat het ons nieuwe sleutels kan aanreiken betreffende therapie-resistentie in het algemeen. Ook zoeken we naar een manier om het

(on-)draaglijk lijden van normaal tot hoog begaafde patiënten met ASS, begrijpelijker en aanvaardbaarder onder de aandacht te brengen. We werken aan een boek dat een aantal getuigenissen wil bundelen.

Bovendien is het een grote zorg of minder mondige mensen in hun verlangen naar een zachte dood worden gehoord, zeker in euthanasie-werende contexten. Bevraging is hier absoluut noodzakelijk. Het is nodig de nabestaanden systematisch te bevragen naar hun beleving van het euthanasieproces, de uitvoering en hun rouwproces. Momenteel gebeurt dit enkel sporadisch als nabestaanden behoefte hebben aan een gesprek of als we feedback krijgen van hun behandelende artsen. Deze gegevens worden echter niet gebundeld en onderzocht. Ik ben ervan overtuigd dat we daar veel kunnen uit leren. De hulpverleners die actief bezig zijn met het euthanasievraagstuk op basis van psychisch lijden moeten absoluut de krachten bundelen en regelmatig door middel van super- en intervisie elkaar bijstaan en bijsturen om de expertise optimaal op te bouwen en om secundaire traumatisatie of burnout te voorkomen.

Ten slotte wil ik eindigen met een bedenking die ik terug vond in ‘ Het stillen van de pijn.’ van Gwendolyn Portzky en Kees van Heeringen : *‘ Als je aandacht jarenlang op euthanasie gericht is geweest, dan heb je soms een blinde vlek voor andere mogelijkheden.’* (2001, pg 122).

De literatuurlijst betreft enkel de werken waaruit ik in het artikel heb geciteerd of waarnaar ik heb verwezen. Vele andere werken en artikels hebben mij geïnspireerd bij het werk en bij het schrijven. Interessante literatuurlijsten zijn terug te vinden in onder meer het bovengenoemde werk ‘ Richtlijn. Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding.’ van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.(2009). Eveneens in de bachelor proef, verpleegkunde, voorgedragen door Annick Kesteleyne ‘Euthanasie in de psychiatrie.’, is een opmerkelijk volledige en interessante literatuurlijst opgenomen. ( 2009-2010).

## LITERATUURLIJST

- Bernheim Jan. ( 1998 ).Uit het leven en de dood gegrepen. In: Léon Favvyts (red.) (1998) Euthanasie. Van taboe tot recht. EPO.
- Bouckaert Luk. (1976). Grote ontmoetingen. Emmanuel Levinas. Brugge: Desclée De Brouwer.
- Chabot, B.E. (2000). De vraag om hulp bij zelfdoding. Tijdschrift voor Psychiatrie, 42, 759-766
- Cosyns Marc, Vandeveldde Julien. (2009). Bevroren beeld. Zorg voor de laatste levensfase. Antwerpen:Vrijdag.
- Cosyns Marc,Noel Derycke. Opinie&Analyse. De standaard. 23 juli 2010.
- Croonen Jeannette, de Vries Carine. (oktober 2010). De strijd voorbij. Euthanasie in de psychiatrie. Veghel: Libra & Libris
- De Hert Marc, Magiels Geerdt, Thys Erik. (2003). Over mijn lijf. Bijsluiter bij de wet over de rechten van de patiënt. Antwerpen/Amsterdam:Houtekiet.
- De Wachter Dirk. (2006). Rondetafel : ondraaglijk psychisch lijden en euthanasie. Verslag
- Distelmans Wim. (2005). Een waardig levenseinde. Antwerpen/ Amsterdam:Houtekiet.
- Epstein Mark.(1998). Barsten zonder te breken. Over loslaten in meditatie en psychotherapie. Asoka
- Glassman Bernie. (1998). Erkennen wat is. Een zenleraar over vrede en engagement. Asoka.
- Hebberlein Ann. (2008). Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva. Stockholm: Svante Weyler Bokförlag
- Keirse Manu. (2009). Het levenseinde teruggeven aan de mensen. Over vroegtijdige planning van zorg. Wemmel: Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.
- Kesteleyn Annick. (2010). 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. Bachelorproef. Arteveldehogeschool. Gent.
- Lam Hans. Helpen bij sterven. (2000). i.s.m. Belvédère.
- Langsweirdt G., Helleman M. (2010). Klinische Bijdrage. Differentiaaldiagnose van het syndroom van asperger en schizofrenie. Gevalsbeschrijving van een atypische chronisch schizofrene patiënt. Tijdschrift voor Geneeskunde, 66, nr. 19, 2010
- Lemiengre Joke. (2010). Written ethics policies on euthanasia in Flemish hospitals and nursing homes: an empirical-ethical study on development, content and impact. Leuven University Press.
- Leifartsen. (2009).Leifdraad. Leidraad voor artsen bij het zorgvuldig uitvoeren van euthanasie.

Lens Peter, Kahn Philip. (2001). Over de schreef. Over functioneren en disfunctioneren van artsen. Utrecht: Van Der Wees.

Meulenberg Frans, Van Everdingen. (1996). Het grote sterven. Thema's en taferelen rond de dood. Boom: Belvédère

Nationale Raad van de Orde der geneesheren. (2003). Adviezen van de Nationale Raad. Andere medische beslissingen bij het levenseind. Tijdschrift van de Nationale Raad. Juni 2003.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2009). Richtlijn. Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Utrecht: De Tijdstroom.

Neeleman Jan. Epidemiologie van suïcidaal gedrag. In: Van Heeringen C (red). (2007). Handboek Suïcidaal Gedrag. Utrecht. De Tijdstroom.

Nelis Emmanuël. (2010). Autisme, een zorg voor u. Postacademische Vorming.

Portzky Gwendolyn, Prof. Dr. K. van Heeringen. (2001). Het stillen van de pijn. Over preventie van suicide. Kluwer.

Postelmans Karin. (2005 april, nr 2). Hulp bij zelfdoding voorkomt zelfdoding. Gewoon Bijzonder (tijdschrift vrije Universiteit Amsterdam)

Ronsse Els, Van Rentergem Mathieu. (2010). Eenzaam met twee.

Shohei Imamura. The Ballad of Narayama. Film. Japan .(1983).

Stufkens Hein, Derkse Marcel. (2003). De herberg van het hart. Franciscus en Rumi als gidsen voor onze tijd. Deventer: Ankh-Hermes bv

Van Den Enden Hugo. (2004). Ons levenseinde humaniseren. Over waardig sterven en euthanasie. Brussel: VUBPRESS .

Van Den Enden Hugo. (2005). De ethiek van het waardige stervensrecht. In Braeckman, J., De Reuver, B., & Vervisch, T. (Red.), Ethiek van DNA tot 9/11 (pp.83-96). Amsterdam: University Press

Van Loon Tony. (1995). Stappen in een theorie voor hulpverleners. Brussel: VUBPress

Verhaeghe Paul.(2009). Het einde van de psychotherapie. Amsterdam. De bezige bij.

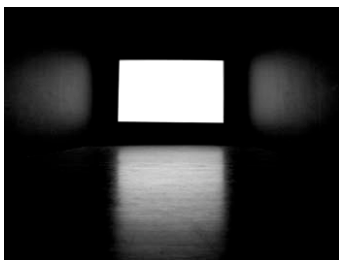
Vereecken Kathleen. De Standaard 16/17-10-2010. Ik wil niet eenzaam sterven.

Vermeulen Peter. (1999). Brein Bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt. EPO.

Vlaminck Johanna, Cosyns Marc.(2004). Zoals ik het wil. Gesprekken over euthanasie. Roeselare: Roularta Books.

[www.psy.nl](http://www.psy.nl) .16/08/2010 . Levenseindekliniek moet psychiatrische patiënten bijstaan.

[www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be). 06/11/2010. Sterfte door suïcide. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.



Een uitgave van vzw VONKEL, een luisterend huis.

[www.vonkeleenluisterendhuis.be](http://www.vonkeleenluisterendhuis.be)

In dezelfde reeks verscheen: dvd Georgette goes home- Goodbye Armand