



**Ann Callebert**

m.m.v. Chantal Van Audenhove,  
Iris De Coster en Lieve Thienpont

# Euthanasie

Bij ondraaglijk psychisch lijden

acco

# Inhoud

<b>Inleiding – Lieve Thienpont</b>	<b>9</b>
<b>Inleiding – Chantal Van Audenhove</b>	<b>11</b>
<b>Dankwoord</b>	<b>13</b>
<b>Woord vooraf</b>	<b>15</b>
<b>1. Euthanasie en hulp bij zelfdoding</b>	<b>19</b>
1.1 Algemeen gebruikte begrippen	19
1.1.1 Euthanasie	19
1.1.2 Hulp bij zelfdoding versus euthanasie	21
1.1.3 Suïcide	21
1.2 De Belgische wetgeving	26
1.2.1 De euthanasiewet	26
1.2.1.1 Voorwaarden en procedure	26
1.2.1.2 Wilsverklaring en aangifte	27
1.2.1.3 Bijzondere bepalingen	28
1.2.2 De Federale Controle- en Evaluatiecommissie	29
1.2.2.1 De commissie	29
1.2.2.2 De cijfers	29
1.2.3 De wet op de patiëntenrechten	31
1.2.3.1 De rechten van de patiënt	31
1.2.3.2 De negatieve wilsverklaring	33
1.2.4 De wet op de palliatieve zorg	34
1.2.4.1 Wettelijke bepalingen	34
1.2.4.2 Palliatieve zorg	40
1.3 De Nederlandse wetgeving	40

1.4	Conceptueel kader van de Belgische hulpverlening	45
1.4.1	Christelijk-ethische benadering	45
1.4.2	Humanistisch-ethische benadering	46
<b>2.</b>	<b>Ondraaglijk psychisch lijden</b>	<b>49</b>
2.1	Psychisch lijden	49
2.1.1	Begripsomschrijving	49
2.1.2	Het verzoek om euthanasie	52
2.1.3	Zelfdoding als uitweg	53
2.2	Toepassing van de euthanasiewet bij psychisch lijden	54
2.2.1	Vrijwillig en weloverwogen verzoek	54
2.2.2	Ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden	62
2.2.3	Psychisch lijden dat niet kan worden gelenigd	63
2.2.4	Psychisch lijden als gevolg van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening	63
2.2.5	Nood aan palliatieve psychiatrie	64
<b>3.</b>	<b>Euthanasie als uitweg</b>	<b>71</b>
3.1	Onderzoeksopzet	72
3.1.1	Onderzoeksetting: de praktijk en visie van dr. Thienpont	72
3.1.2	Verloop van het onderzoek	77
3.1.3	Onderzoeksgroep	79
3.1.4	Dossierstudie	80
3.1.5	Privacy	85
3.2	Betekenis van ondraaglijk psychisch lijden	85
3.2.1	Begripsomschrijving	85
3.2.2	Waarden en normen bij de patiënten	88
3.2.3	Probleemdiagnosticering	89
3.2.4	Benadering door de omgeving	90
3.3	Connotaties van euthanasie	92
3.3.1	Betekenis van euthanasie	92
3.3.2	Suïcide versus euthanasie	94
3.3.3	Betrekken van de omgeving	96

3.4	Hulpverlening voor patiënten en hun omgeving	99
3.4.1	Reacties van de hulpverlening op het verzoek	99
3.4.2	Hulpverlening voor, tijdens en na	101
<b>4.</b>	<b>Een onaf verhaal</b>	<b>109</b>
4.1	Tekortschieten van de geestelijke gezondheidszorg?	109
4.2	Nood aan intensievere begeleiding	113
4.2.1	Patiënten met een wens tot euthanasie	113
4.2.2	De omgeving van de patiënt	114
4.2.3	De hulpverlener	115
4.3	Nood aan verder onderzoek	120
4.3.1	De patiënt	120
4.3.2	De omgeving	121
4.3.3	De hulpverlening	122
	<b>Besluit</b>	<b>133</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>135</b>
	<b>Bijlagen</b>	<b>139</b>

# 1.

## Euthanasie en hulp bij zelfdoding

### 1.1 Algemeen gebruikte begrippen

In deze tekst zal de persoon die vraagt om euthanasie of hulp bij zelfdoding, steeds worden aangeduid als ‘patiënt’, ook al spreken hulpverleners veelal liever over een ‘cliënt’. Het betreft immers nog steeds een expliciet medische act.

#### 1.1.1 Euthanasie

Nog los van enige wettelijke bepaling bestaan er zes verschillende manieren waarop kan worden ingegrepen op het levenseinde met een al dan niet duidelijk levensverkortend effect tot gevolg (Distelmans, 2010). Euthanasie vormt maar één mogelijkheid en blijkt de minst voorkomende vorm.

Allereerst kan een (zinloos geworden) behandeling worden stopgezet. Zo kan er worden overwogen om geen verdere nierdialyse uit te voeren bij iemand met terminaal nierfalen. Daar sterk bij aanleunend, wordt bij een tweede vorm besloten een (zinloos geworden) behandeling niet meer op te starten. Daarbij kan men denken aan het niet meer aanleggen van een percutane maagsonde bij een zwaar dementerende bejaarde die alle voedsel en drank weigert. Een derde vorm betreft een aanpassing van de pijnstilling of palliatieve sedatie. Beide maatregelen kunnen het levenseinde bespoedigen, maar hebben op zich niet die bedoeling. Ondraaglijke en niet langer behandelbare symptomen worden op die manier verlicht, hetzij door een verhoging van de pijnmedicatie, hetzij door de patiënt in een diepe slaap te brengen. Verande-

ren de artsen echter van intentie, drijven ze, al dan niet met medeweten van de familie, de palliatieve sedatie drastisch op en komt de patiënt te overlijden, dan spreekt men over levensbeëindiging zonder verzoek. Bij deze vierde vorm kan men bijvoorbeeld denken aan een pasgeboren baby die gezien de ernstig genetische afwijkingen binnen afzienbare tijd zal overlijden. Men besluit het kind dan niet onnodig nog enkele weken of maanden in leven te proberen te houden.

De hierboven beschreven vormen betreffen telkens beslissingen waar de patiënt niet noodzakelijk weet van heeft. In het beste geval is er een overleg geweest met de patiënt, maar bij wilsonbekwame patiënten, patiënten in een comateuze toestand of zeer jonge kinderen is dat bijvoorbeeld niet mogelijk. De arts betreft dan het best de familie of de vertrouwenspersoon bij de beslissing. Niet alleen bestaat er dan duidelijkheid over het tijdstip waarop de patiënt zal overlijden, er wordt ook nog de kans geboden tot afscheid nemen en een beginnende verwerking.

Bij de volgende twee vormen van levensbeëindiging, hulp bij zelfdoding en euthanasie, komt het verzoek wel expliciet van de patiënt. In het geval van hulp bij zelfdoding voldoet de patiënt aan alle voorwaarden voor euthanasie. Hij wil echter zelf op een plaats naar eigen keuze en op een zelfgekozen tijdstip een einde aan zijn leven kunnen maken. De arts die het middel daartoe voorschrijft, biedt hulp bij zelfdoding. Hij zal evenwel niet aanwezig zijn wanneer de patiënt het drankje inneemt. Dat is niet het geval bij euthanasie. De eerste vier vermelde vormen hebben bovendien niet de expliciete bedoeling het levenseinde te versnellen, maar hulp bij zelfdoding en euthanasie hebben wel degelijk dat doel.

Euthanasie is dus niet mogelijk zonder het uitdrukkelijke verzoek van de patiënt. De kritiek dat het leven van bejaarden of dementerenden zonder hun medeweten of verzoek zou kunnen worden verkort, raakt dus kant noch wal. Euthanasie veronderstelt ook een handelen door een andere persoon dan de patiënt, i.c. een arts. Slaat de patiënt de hand aan zichzelf, dan spreekt men over zelfdoding of suïcide. Niet handelen, dus het stopzetten of niet meer opstarten van een behandeling, en het toedienen van pijnbestrijdende middelen dan wel palliatieve sedatie vallen niet onder euthanasie. Net zo min gaat het bij euthanasie om de weigering door de patiënt om nog verder te worden behandeld, mogelijk dankzij de wet op de patiëntenrechten (zie verder).

### 1.1.2 Hulp bij zelfdoding versus euthanasie

Zoals hierboven verduidelijkt, voldoet wie vraagt om hulp bij zelfdoding aan alle voorwaarden vastgelegd door de wet op euthanasie. Het cruciale verschil zit in het feit dat de arts bij de poging tot zelfdoding in principe zelf niet aanwezig hoeft te zijn en dus ook niet weet of die lukt. Wel heeft hij het middel ertoe ter beschikking gesteld.

In de realiteit hanteren België en Nederland voor hulp bij zelfdoding een duidelijk scherper omlinjende definitie van de handeling. In beide landen veronderstelt de hulp wel degelijk de aanwezigheid van een arts en is er veeleer een verschil in de manier waarop het dodelijke middel wordt toegediend. Waar in Nederland de patiënt het middel in de regel zelf opdrinkt, kan in België worden gekozen tussen een toediening per infuus of een orale inname. Bovendien gelden in beide landen verschillende wettelijke en juridische maatstaven. Voor de Nederlandse wetgeving bestaat er geen verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Wel staat er een specifieke strafmaat op hulp bij zelfdoding. Vindt de hulp echter plaats binnen een arts-patiëntrelatie en voldoet de handeling aan alle in de wet neergelegde zorgvuldigheidseisen, dan vervalt de strafrechtelijkheid. De Belgische wet daarentegen voorziet enkel in een regeling voor euthanasie. Hulp bij zelfdoding, waarbij de patiënt dus zelf het dodelijke middel inneemt, vormt op zich geen misdrijf, maar kan wel worden bestraft onder de noemer van ‘schuldig verzuim’. Hulp bieden bij zelfdoding staat dan gelijk aan het niet helpen van iemand in nood. Het is de rechtspraak die van geval tot geval zal moeten oordelen of de patiënt zich bij zijn vraag om hulp bij zelfdoding in groot gevaar bevond. Dat betekent in België een grotere rechtsonzekerheid voor de arts. De Orde van Geneesheren heeft wel in een advies van 22 maart 2003 euthanasie en hulp bij zelfdoding deontologisch gelijkgesteld, mits aan alle wettelijke voorwaarden voor het uitvoeren van euthanasie is voldaan en de handeling gebeurt in aanwezigheid van een arts. Wat de voorwaarden voor het uitvoeren van euthanasie, of in Nederland dus hulp bij zelfdoding, betreft, bestaan er weinig verschillen tussen beide landen, zoals verder bij de bespreking van de betreffende wetten zal blijken.

### 1.1.3 Suïcide

Geschat wordt dat tegenover elke geslaagde suïcide twintig suïcidepogingen staan ([www.suicidepreventievlaanderen.be](http://www.suicidepreventievlaanderen.be)). Suïcide wordt daarbij gezien als een zichzelf opzettelijk toegebrachte dood met de bedoeling een einde te ma-

ken aan een ondraaglijke situatie of de ervaring ervan. Men verlangt daarbij niet altijd naar de dood, maar veeleer naar een ander leven. De suïcidepoging fungeert als een vorm van probleemoplossend gedrag in een situatie waarin zich een opeenstapeling van problemen voordoet. Veel suïcidale personen lijden onder ernstige psychiatrische problemen. Daar komen vaak sociale, financiële of existentiële moeilijkheden bovenop. Het ontbreken van beschermende factoren zoals een goed sociaal netwerk, emotionele en sociale vaardigheden, mentale veerkracht of spiritualiteit haalt de patiënt verder onderuit.

Suïcide beweegt zich op een continuüm tussen zuiver impulsieve zelfdodingen en duidelijk overwogen balanszelfdodingen. In het eerste geval gebeurt de suïcidepoging in een impuls uitgelokt door een trigger en is de suïcidant veelal onder invloed. Bij een overwogen balanssuïcide heeft de suïcidepleger grondig nagedacht over alle voor- en nadelen van zijn daad en is hij tot het besluit gekomen dat hij een einde aan zijn lijden wil stellen. De uiteindelijke uitvoering van de suïcide kan niettemin nog impulsief of onder invloed gebeuren.

Het suïcidale proces zelf beperkt zich niet tot de zichtbare suïcidepogingen en gelukke suïcides. Ook de gedachten aan, wensen of neigingen tot, en plannen rond zelfdoding behoren tot het spectrum. Het suïcidale proces start waar zelfdoding als oplossing voor de moeilijkheden wordt gezien. Naarmate de problemen langer blijven aanslepen of zelfs verergeren, kan de suïcidale ideatie krachtiger en realistischer worden. Er duikt vaak een gevoel van depressiviteit en hopeloosheid op en er ontstaat een tunnelvisie waarbij nog slechts die ene oplossing wordt gezien. De suïcidale persoon ontwikkelt een zeer ambivalent gevoel ten aanzien van leven en dood. Dat hoeft echter niet zonder meer tot een suïcidepoging te leiden. Het suïcidale proces kent immers ook fasen waarin het verlangen naar de dood minder sterk op de voorgrond staat, zeker als er een verlichting van de moeilijkheden of de ervaring ervan optreedt. Anderzijds kunnen factoren als impulsiviteit en het gebruik van alcohol of bepaalde medicatie het proces dan weer aanwakkeren.

Binnen de groep van mensen die vanwege ondraaglijk psychisch lijden om euthanasie vragen, onderscheidt men enerzijds een suïcidale groep en anderzijds een groep met weliswaar een doodswens maar geen onmiddellijke suïcidedreiging. In het werken met de eerste groep staat de hele aanvraag dan ook onder een voortdurende tijdsdruk, wat bij de tweede groep duidelijk veel minder het geval is.



## INTERVIEW EVELIEN

---

*Wanneer heb je je vraag naar euthanasie gesteld?*

Met het idee dat ik er niet meer wil zijn, ben ik al tien jaar bezig. Maar ik weet nog niet zo lang dat die euthanasiemogelijkheid bestaat. Dat is pas sinds oktober vorig jaar dat mij dat gezegd is. De verpleegkundigen hebben me dit verteld. Ik had een zelfmoordpoging ondernomen en was daardoor op de gesloten afdeling terechtgekomen. Toen vertelden ze mij dat er een dokter was met wie ik euthanasie kon bespreken. Ik schrok ervan dat de verpleegkundige daarmee afkwam. Ik heb er niet zo vaak met haar over kunnen praten, want ze werd overgeplaatst naar een andere dienst...

*Wat is voor jou het verschil tussen suïcide en euthanasie?*

Voor euthanasie heb ik meer zenuwen dan voor zelfmoord. Het is een formeel iets en dan moet je ook echt afscheid nemen van mensen. Daar ben ik wel wat zenuwachtig voor. Er zal meer tegenkancing komen dan bij een zelfmoordpoging. Dat vertel je aan niemand en zo kan er ook geen reactie komen.

*Hoe voelt dat voor jou, nu je de beslissing hebt genomen en weet dat het kan gebeuren?*

Enerzijds is dat een hele opluchting natuurlijk, anderzijds maakt het me zenuwachtig. Om de reden die ik daarnet zei, omdat het te formeel wordt. Ik had het eigenlijk liever op mijn eentje gedaan, door zelfmoord. Maar ja, dat mislukte elke keer.

*Wat maakte dat je die stap hebt gezet? Kun je het ondraaglijke psychische lijden omschrijven?*

Al tien jaar moet ik heel veel moeite doen om een beetje te functioneren. Vaak loopt het dan ook mis. Het lukt mij niet om op een normale manier contact met mensen te hebben. Ik heb het geluk gehad dat ik wel altijd vlot studeerde, zodat ik op de unief er wel altijd doorgeraakt ben. Maar andere dingen waren vaak te moeilijk, zoals de gewone huishoudelijke zaken als koken of mezelf verzorgen. Dat vraagt heel veel van mij. En ik heb gewoon geen enkel verlangen meer. Er is niets dat ik nog zou willen doen of dat ik nog wil bereiken.

Ik voel me oud. Ik heb nu gewoon het gevoel van 'het is genoeg geweest, ik heb mijn best gedaan om er iets van te maken en het is niet gelukt'. En dan moet je daar je consequenties uit trekken. Vanaf het middelbaar tot nu is het moeilijk geweest. Ik weet nu waar het aan ligt en dat is iets dat ik tien jaar geleden niet wist. Ik besef gewoon dat ik met dat soort dingen problemen heb. Het is niet echt alsof ik mezelf dat kwalijk neem, nu toch niet meer. Op het moment dat ik er nog voor aan het vechten was, nam ik het mezelf wel kwalijk. Maar nu is er een soort gelatenheid over mij gekomen. Ik vind dat ik toch hard genoeg geprobeerd heb.

*Hoe reageerden de mensen in je omgeving op je verzoek?*

Ik heb het bij mij thuis nog altijd niet verteld. Mijn mama en mijn vader weten er wel van, maar mijn broer en zussen weten nog altijd van niets. Ik heb ook niet veel vrienden meer, maar diegenen die ik wel nog heb, weten er ook niets van. Ik denk dat mijn broer en zussen daar wel heftig op zullen reageren. Mijn broer zal zeker boos zijn op mij omdat ik met zoiets bezig ben. Hij zal vinden dat ik het niet zomaar mag opgeven. Ik vind dat als mijn ouders het kunnen respecteren, zij dat ook maar moeten kunnen. Mijn moeder gaat er eigenlijk heel sereen mee om, veel beter dan ik had gedacht. Want in die tien jaar tijd heb ik regelmatig gevraagd: 'Laat me toch gaan.' En toen was dat nooit een optie en is ze er tegen blijven vechten. Maar nu is dat plots wel een optie en denkt ze zelf ook: het heeft lang geduurd, als ze het blijft vragen...

*Hoe gaan de hulpverleners om met je verzoek?*

De eerste dokter heeft meteen gezegd dat mijn vraag ontvankelijk was omdat ik al zoveel jaren bezig ben. Hij heeft dan ook zo'n attest geschreven, dat ik hier heb afgegeven, aan dr. Thienpont, met de vermelding dat het ontvankelijk is, en alle andere nodige zaken, zoals dat ik handelingsbekwaam ben.

In de opnameafdeling weten ze het ook. Ik ben daar nu in dagtherapie. Ze staan er niet achter, maar ze werken het ook niet tegen. Van hen snap ik dat niet zo goed, want het is niet alsof we persoonlijk contact hebben met elkaar of zo. Dan denk ik meer: kijk naar mijn ouders, zij respecteren het wel, en zij moeten het van dichtbij meemaken, dus... Voor de praktische kant van de zaak heb ik het niet echt nodig dat ze erachter staan, omdat ik genoeg artsen heb gevonden die er wel achter staan. Dus dan maakt het mij niet zoveel uit. Als ik nu nog iemand nodig zou hebben, dan was het wel een probleem geweest.

*Welke begeleiding kreeg je voor je de vraag naar euthanasie hebt gesteld?*

Dr. Thienpont heeft daarnet een aantal diagnoses voorgelezen, want ze heeft het dossier ingekeken. Er stonden dingen in over psychosen, terwijl ik nooit een psychose heb gehad. Bipolaire stoornis stond er ook tussen, en dat heb ik ook nooit gehad. Ik ben altijd unipolair geweest. Depressie, sociale fobie, afhankelijkheidsstoornis, borderline... ik denk dat ze met van alles gesmeten hebben omdat ze het niet goed wisten.

*Denk je dat dr. Thienpont het nu bij het juiste eind heeft, en dat het Asperger zou kunnen zijn?*

Ik weet niet of het een juistere diagnose is, maar ik heb wel het gevoel dat ze me beter begrijpt. Vroeger werd me heel sterk een diagnose opgedrongen, maar zij laat mij de ruimte om te zeggen wat ik denk dat het is. Daarvoor was het altijd 'gepest op school' of 'afwezige vader', en lag het altijd aan de situatie thuis, terwijl er thuis helemaal geen situatie was. Ik kon duizend keer zeggen dat ze verkeerd waren, maar dan antwoorden ze dat ik niet mee wil werken en dat ik het daarom deed. Vooral toen ik minder-

jarig was, was het erg. Toen kwamen ze constant met dingen af en wat ik ook zei, het maakte allemaal niet uit. Ze zeiden altijd: je wilt gewoon niet. Ik voelde wel dat er iets anders aan de hand was. Maar er werd niet verder gekeken. Waarschijnlijk dachten ze dat ik nog te jong was om het beter te weten dan zij.

*Welke begeleiding krijg je nu je de vraag naar euthanasie hebt gesteld?*

Ik heb er niet zoveel meer over te zeggen. In de opname vragen ze er wel nog altijd naar, vooral dan de behandelende arts. Hij zegt dat hij het er moeilijk mee heeft. Hij zei expliciet dat hij er niet achter staat, maar ook niet zou tegenwerken. En af en toe informeert hij nog wel eens of ik bij mijn mening blijf. Maar meer wordt er eigenlijk niet over gesproken.

*Je hebt nu drie mensen die meegaan in je vraag?*

Tweeënhalf eigenlijk. Mijn huisarts zegt niet 'nee', maar ook nog niet volmondig 'ja'. Hij wil nog eerst een aantal gesprekken met mij voordat hij zijn beslissing neemt. En voor hem is het heel belangrijk dat het gezin erachter staat.

*Wat verwacht je van de hulp bij het sterven? Wie wil je er graag bij hebben?*

Dat weet ik eigenlijk niet. Ik heb er al over nagedacht of ik dat zou willen of niet. Mijn moeder wel, maar ik weet niet of ik mijn broer en zussen erbij wil. Vader liever niet, ik heb niet zo'n goed contact met mijn vader.

Het maakt mij niet zoveel uit wanneer het juist gebeurt, alleen mag het niet zo lang meer duren. Ik heb geen speciale symbolische datum in mijn hoofd. Eén tot drie maanden zou echt het maximum mogen zijn.

Ik heb eigenlijk ook geen voorstellingen over hoe het zal verlopen. Ik denk dat ik echt wel bang zal zijn op het moment dat ze de naald in mijn arm steken. Bang voor wat er dan juist zal gebeuren. Ik ben bang dat ik de moed zal verliezen en op het laatste moment zal terugkrabbelen. En dat ik er daarna veel spijt van zal hebben dat ik teruggekrabbeld ben. Wakker worden in het ziekenhuis en denken van 'damned, mijn poging is niet gelukt', dat is het ergste gevoel. Ik ben wel bang van dat spuitje en wat het middel juist met me zal doen.

*Hoe is het om erover te praten?*

Het valt wel mee, ik vind het niet zo moeilijk.

## 1.2 De Belgische wetgeving

In het jaar 2002 werden in België drie wetten (zie [www.uitgeverijacco.be/euthanasie](http://www.uitgeverijacco.be/euthanasie)) gestemd, die elk op zich de patiënt een grotere inspraak in zijn behandeling en betere begeleiding bij zijn stervensproces garanderen. Centraal staan daarbij de menselijke waardigheid en het recht op zelfbeschikking van de patiënt.

### 1.2.1 De euthanasiewet

#### 1.2.1.1 *Voorwaarden en procedure*

Enkel een arts kan zonder het gevaar een misdrijf te begaan euthanasie toepassen, mits hij zich daarbij aan een aantal door de wet voorgeschreven voorwaarden en procedures houdt.

Hij dient allereerst na te gaan of de patiënt die het verzoek om euthanasie formuleert, meerderjarig (dus achttien jaar of ouder) dan wel ontvoogd minderjarig en dus juridisch meerderjarig is. De aanvrager moet ook handelings- of wilsbekwaam en bewust zijn op het moment van zijn verzoek. Hij moet zelf zijn rechten kunnen waarnemen en voldoende beseffen wat hij doet. Het verzoek moet vrijwillig, overwogen en herhaald worden geformuleerd en mag niet onder externe druk tot stand zijn gekomen. Dat betekent ook dat de arts de patiënt grondig inlicht over zijn gezondheidstoestand en levensverwachting, mogelijk nog bestaande therapeutische alternatieven, zoals palliatieve zorg, en de gevolgen ervan. De arts en de patiënt moeten na grondig beraad samen tot het besluit komen dat er geen redelijke andere oplossing meer mogelijk is voor de patiënt en dat de patiënt zijn verzoek ook zonder druk van buitenaf stelt. Het verzoek mag zich verder niet beperken tot een eenmalige vraag, maar getuigt van duurzaamheid en moet schriftelijk worden vastgelegd. Kan de patiënt dat niet zelf, dan kan een meerderjarige persoon, zonder materieel belang bij de dood van de patiënt en in het bijzijn van een arts, die taak overnemen. Het schriftelijke verzoek kan op elk moment worden herroepen en opnieuw uit het medische dossier worden verwijderd.

Cruciaal is de vaststelling door de arts van de medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden, een lijden dat niet verzacht kan worden en voortvloeit uit een ernstige en ongeneeslijke aandoening veroorzaakt door ongeval of ziekte. De behandelende arts voert

[Dit boek is online te koop \(klik hier\)](#)

Sinds de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Nederland, 2001) en de *Wet op euthanasie* (België, 2002) kan wie ondraaglijk fysisch of psychisch lijdt, kiezen voor een humane dood geïnitieerd door een arts. Niettemin is het pas recenter dat binnen de geestelijke gezondheidszorg patiënten de vraag op grond van psychisch lijden formuleren. De hulpverlening ziet zich hier dan ook meer en meer geconfronteerd met een uitdaging, die heel wat vragen oproept. Tegelijkertijd bestaat er nog weinig wetenschappelijk onderzoek op dit gebied.

Dit boek wil een eerste verkenning bieden op het vlak van hulp bij zelfdoding en euthanasie als antwoord op ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden. Enerzijds theoretisch door het beschrijven van het bestaande wettelijke landschap en de opduikende problemen, anderzijds door in te zoomen op de praktijk van een psychiater die regelmatig met de problematiek wordt geconfronteerd. Een tiental patiënten werd bevraagd over de invulling van hun ondraaglijk psychisch lijden, de redenen achter hun euthanasievraag en de reacties van de omgeving en hulpverlening op hun verzoek. Voor zover mogelijk vulden naasten en de begeleidende arts het verhaal vanuit hun perspectief aan.

De beperktheid van de steekgroep patiënten en mensen uit hun omgeving laat geen algemene conclusies toe, wel het uitzetten van een aantal belangrijke denklijnen en uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg en ruimer gezien de maatschappij.

**Ann Callebert** studeerde in 2011 af als master in de klinische psychologie. Voordien behaalde zij reeds een master in de Germaanse filologie en werkte ze meerdere jaren als docente Nederlandse taalverwerving aan de Universiteit van Keulen.

**Chantal Van Audenhove** is buitengewoon hoogleraar aan de KU Leuven en directeur van LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy. Zij verricht onderzoek over de preventie van depressie en suïcide.

**Iris De Coster** is licentiaat in de psychologie en senioronderzoeker bij LUCAS. Ze doceert patiëntbegeleiding en -communicatie aan de HUBrussel.

**Lieve Thienpont** is onder meer psychiater en LEIF-arts. Als voorzitter van Vonkel en consulent is zij betrokken bij initiatieven rond sterven, dood, rouw en eindelevensvragen.

