



# UITWEG

De Belgische euthanasiewet van 28 mei 2002 spreekt over lichamelijk of psychisch lijden. Er moet sprake zijn van een “medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.” Een ‘vrijwillige dood’ op basis van psychisch ondraaglijk lijden kan dus. Zo kan een (meerderjarige en wilsbekwame) patiënt met een psychiatrische diagnose van bijvoorbeeld schizofrenie, die ‘uit het leven wil stappen’, perfect euthanasie aanvragen. Cruciale voorwaarde binnen de wet is dus dat de betrokkene daarbij lijdt aan een ongeneeslijke aandoening, veroorzaakt door ongeval of ziekte. Een ‘vrijwillige dood’ gekoppeld aan ‘ondraaglijk psychisch lijden’ is dus binnen de euthanasiewetgeving geregeld. Van alle euthanasiegevallen tekende in 2009 deze groep nog voor amper 2%. In 2010 en 2011 steeg dit fiks naar bijna 10%. Een duidelijk bewijs voor de reëel bestaande vraag om hulp in geval van psychisch lijden. Vraag hierbij is of onder ‘psychisch lijden’ ook zoiets als ‘existentieel lijden’ of ‘lijden aan het leven’ verondersteld kan en mag worden.

Buiten de euthanasiewetgeving bestaat er ook de zogenaamde ‘(medische) hulp bij zelfdoding’: dit is het geven of voorschrijven van een dodelijk middel door een arts aan een patiënt, die zelf een einde aan zijn leven wil stellen, op een door hem/haar gekozen moment en plaats. Een belangrijk verschil met euthanasie is dat de patiënt zelf het levensbeëindigend middel inneemt, zonder dat de arts aanwezig is. Qua uitvoering leunt dit echter veelal dicht aan bij euthanasie. Trouwens, ook iemand helpen bij zelfdoding binnen de euthanasiewet kan: de arts geeft een dodelijk middel aan de patiënt, die het in zijn aanwezigheid inneemt. Van alle gevallen van beslissingen over het levenseinde in 2007 ging slechts 1,90% naar ‘euthanasie’ en 0,07% naar ‘hulp bij zelfdoding’. In 2011 waren er 1.133 gevallen van euthanasie.

### Tussen zorg en hulp

Naast euthanasie is ‘medische hulp bij zelfdoding’ een van de zes mogelijke beslissingen bij het levenseinde. Maar enkele euthanasie is wettelijk geregeld. De zes andere levensbeëindigende handelingen zijn niet wettelijk geregeld, maar komen wel voor. Zelfdoding is bij ons niet strafbaar; hulp bij zelfdoding dus ook niet. Dat betekent dat het noch verboden, noch toegelaten is. Maar het komt wel voor. Dit betekent dat er een situatie bestaat waarin met name de betrokken arts een afweging dient te maken tussen de plicht tot zorg (de medische deontologie) en de wens tot hulp (in geval van een ‘noodtoestand’ bij de patiënt). Het invoeren van een ‘noodtoestand’ kan wel een rechtvaardigingsgrond betekenen voor de arts, maar is natuurlijk aan toepassingsvoorwaarden verbonden. Dit is verre van

een gemakkelijke situatie, voor geen van beide betrokkenen. We merken dat veel mensen in ons land suïcide plegen of kiezen voor een vrijwillige dood, maar toch geen boodschap hebben aan een etiket van een psychiatrische aandoening. Er is wel een belangrijke correlatie tussen psychiatrische stoornissen (zoals depressie) en zelfdoding, maar de cijfers zijn op zijn zachtst gezegd nogal ‘breed interpreteerbaar’. Zo zouden 47% tot 74% van de suïcides in de bevolking kunnen worden toegeschreven aan een psychiatrische stoornis en zijn het de stemmingsstoornissen die het meest voorkomen bij suïcidaal gedrag (cf. Rapport ter voorbereiding van de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie 17/12/11). Iemand die dus vrijwillig uit het leven wil stappen, omdat het genoeg is geweest, omdat alles voltooid is, omdat zij

het leven moe is, omdat hij er geen zin meer in heeft, omdat hij dit soort leven niet meer aankan, ... maar die niet ziek is, geen diagnose of een ongeneeslijke aandoening heeft, en toch geen andere uitweg meer ziet, staat eigenlijk strikt wettelijk maar ook existentieel in de kou.

### Preventie, deel van het verhaal

Voor alle duidelijkheid: HVV staat volledig achter de preventiecampagnes van de overheid en de betrokken zorginstellingen. En natuurlijk dienen maatschappelijke factoren die suïcides kunnen genereren (zoals een financiële crisis, werkloosheid, prestatiedruk, ...), aangepakt te worden. En dienen psychosociale factoren, zoals seksuele geaardheid, mee in rekening gebracht. Dat heeft HVV zelf al in de campagne ‘Gezonde samenleving,

# voor een vrijwillige dood

gezonde mensen' uit 2007 uitvoerig gesteld.

We menen echter dat preventie en zorg maar een deel van het verhaal vertelt. Bereiken we stilaan de grenzen van preventie? Zelfdoding kan in sommige gevallen toch niet vermeden worden. Wat klaarblijkelijk niet vermeden kan worden, moet dit dan per sé 'behandeld' worden? Waarom laat een samenleving nog altijd toe dat een zelfgekozen levenseinde soms nog in mensonwaardige en rauwe omstandigheden voltrokken moet worden? We denken o.a. aan de treinsuicides, waarbij derden ongevraagd meegeleurd worden.

HVV pleit dan ook voor een tweesporenbeleid: preventie van zelfdoding én hulp bij zelfdoding. Wat het tweede punt betreft: ons uitgangspunt stelt dat een gemotiveerde en

weloverwogen beslissing van wie suïcide wil plegen, gerespecteerd moet worden op basis van zelfbeschikking en daarom door de samenleving ondersteund mag worden. Wij pleiten voor meer open communicatie over zelfdoding. Voor meer taboedoorbreking in plaats van meer taboeïsering. Voor een discours dat ruimte laat om het over het leven te hebben en dus ook over doodgaan. Voor een discours dat suïcide niet automatisch koppelt aan psychische problemen. Preventie, waar mogelijk en nodig, aan de ene kant; zorg voor een humaan en waardig levenseinde, waar weloverwogen verzocht, aan de andere kant. Beide zijn uitingen van een modern humanisme dat een volwassen en warme visie ontwikkelt over leven en over dood. Wie trouwens weet dat er een 'laatste deur' is, en waar die is, geeft in veel gevallen aan blij te zijn met dat gegeven.

Het geeft rust, en zeer dikwijls ook opnieuw de nodige levenskracht. Het biedt ook de erkenning die betrokkene nodig heeft om zelfbewust de eigen keuze te maken – wetend dat die keuze eerlijk, en door de omgeving begrepen kan worden. Of zoals iemand het ooit zei: "En misschien komt er net dan een weg vrij die je – weliswaar schoorvoetend en voorzichtig – kunt 'gaan'. Zolang je wilt, zolang het duurt, levenslang."

HVV ziet in de praktijk van 'medische hulp bij zelfdoding' een gepaste laatste deur voor wie uit het leven wil stappen en niet in aanmerking komt voor euthanasie. We pleiten voor (meer bekendheid rond) medische hulp bij zelfdoding omdat dit voor de patiënt de bespreekbaarheid van zijn vraag rond zelfdoding al impliceert.

Dat is al een hele sprong voor-

waarts ten opzichte van het bestaande taboe. Ten tweede is de manier waarop het levenseinde hier concreet wordt, meteen gehumaniseerd omdat het middel daartoe dat is. Ten derde is het voor de patiënt een geruststelling dat de 'klink van de laatste deur' binnen handbereik is, wat kan resulteren in het (tijdelijk) afzien van de oorspronkelijke intentie tot zelfdoding.

Euthanasie is dit jaar tien jaar wettelijk geregeld. Aangezien zelfdoding geen misdrijf is, is (medische) hulp bij zelfdoding ook geen strafbaar misdrijf. In de praktijk kan wel nagegaan worden of er geen sprake was van 'schuldig hulpverzuim'. Voor HVV blijft dan ook de vraag of het niet zinvoller zou zijn om 'hulp bij zelfdoding' ook wettelijk te regelen.

Peter Algoet,  
Werkgroep Suïcide van HVV

