

Ethisch advies

Preventie van zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg

Begeleidingscommissie Ethiek Geestelijke Gezondheidszorg – Broeders van Liefde
April 2007

Inleiding

Probleemstelling

Zelfdoding is één van de belangrijke doodsoorzaken in onze maatschappij en is dikwijls verbonden met een psychische of psychiatrische problematiek. Zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg worden dan ook regelmatig geconfronteerd met cliënten die zelfdoding of een poging tot zelfdoding willen ondernemen. De algemene regel is dat zorgverleners proberen dit te voorkomen. In concrete situaties stellen ze zich vragen hoe ze op een verantwoorde manier zorg kunnen bieden om zelfdoding te voorkomen. Met dit advies wil de werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg van de Broeders van Liefde een ethische visie ontwikkelen op de preventie van zelfdoding bij cliënten.

Dit advies is nauw verwant met het vorige over de begeleiding van cliënten met een verzoek tot euthanasie in een niet-terminale situatie, en dat eigenlijk ook van toepassing is op hulp bij zelfdoding. De adviezen over euthanasie en zelfdoding vormen een tweeluik waarin de werkgroep ethiek de specifieke problematiek van het levenseinde in de geestelijke gezondheidszorg behandelt.

Begripsverheldering

Zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg kan worden bepaald als het opzettelijk uitvoeren van handelingen die het eigen leven beëindigen, met als doel uit een lijdenssituatie verlost te worden. Een poging tot zelfdoding is het opzettelijk uitvoeren van handelingen die het eigen leven ernstig bedreigen maar niet beëindigen, met als doel de lijdenssituatie te veranderen. Preventie van zelfdoding is dan het proberen te voorkomen van zelfdoding of een poging tot zelfdoding.

De werkgroep ethiek verkiest de term zelfdoding boven zelfmoord omdat 'moord' impliciet reeds het oordeel bevat dat het doden ongerechtvaardigd is. Zelfdoding bevat dit oordeel of deze veroordeling niet en is daarom beter gepast bij het begeleiden van cliënten. De term suïcide klinkt in het Nederlands te technisch en clean.

Visie op zelfdoding

We beginnen met een visie op zelfdoding. Uitgangspunt is dat zelfdoding de uiting is van een existentiële crisis, maar tegelijk verweven is met de pathologie van cliënten. Daarna gaan we na of zelfdoding ethisch verantwoord is.

Zelfdoding als existentiële crisis

Uitgangspunt van dit advies is dat zelfdoding een uiting is van een existentiële crisis. Existentieel verwijst naar de existentie of het bestaan van mensen. Mensen staan op een bepaalde wijze in het leven en zijn op zoek om zin in hun leven te vinden en te beleven.

Dit is ongetwijfeld zo bij veel cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Ze stellen zich uitdrukkelijk of onuitgesproken vragen over de zin van hun leven. Waarom overkomt dit psychisch lijden mij? Wat heb ik verkeerd gedaan? Wat heb ik van mijn leven gemaakt? Wie ben ik eigenlijk? Wat is nu de zin van mijn leven? Hoe kan ik verder leven met dit psychisch lijden? Hoe kan ik samenleven met anderen? Wat is mijn toekomst? Als de zin van het leven zoek is, kan het leven een ondraaglijk en uitzichtloos lijden worden. Om uit dit lijden verlost te geraken, zien cliënten soms geen andere uitweg dan zelfdoding.

Zelfdoding en pathologie

Het zoeken en beleven van zin wordt mede bepaald door het psychisch functioneren van mensen. Bij cliënten in de geestelijke gezondheidszorg speelt hun psychiatrische problematiek een belangrijke rol in de zinbeleving.

Cliënten kunnen in bepaalde situaties lijden *vanuit* hun psychiatrische problematiek en inzicht in hun levenssituatie verliezen. De pathologie kan hun leven zo beheersen dat ze geen enkele afstand van hun psychiatrische problematiek kunnen nemen. Ze worden soms door een innerlijke dwang van hun pathologie tot zelfdoding gedreven. In deze situaties is zelfdoding geen bewuste keuze voor de dood en tegen het leven.

In bepaalde situaties kunnen cliënten ook lijden *onder* hun psychiatrische problematiek en inzicht in hun levenssituatie behouden. Hoewel de pathologie hun beleving van de realiteit kan vertekenen en vernauwen, kunnen deze cliënten wel een zekere afstand nemen van hun problematiek. Ze kunnen zich bewust worden van de ernst van hun existentiële crisis en indringende vragen naar de zin van hun leven stellen. Ze kunnen zich ontmoedigd en hopeloos voelen en hun levensperspectief verliezen. Soms vinden ook de zorgverleners dat bepaalde cliënten nagenoeg geen uitzicht meer hebben. Bij de meeste cliënten is de keuze voor zelfdoding sterk beïnvloed door hun pathologie en dus minder vrijwillig en overwogen. Sommige cliënten maken echter een balans op van hun leven en komen tot een meer vrijwillige en overwogen keuze voor zelfdoding. Een psychiatrische problematiek leidt meestal tot een verminderde wilsbekwaamheid om een keuze voor zelfdoding te maken, maar niet altijd.

Zelfdoding ethisch verantwoord?

Vanuit ethisch perspectief kan de vraag gesteld worden of zelfdoding verantwoord is. In de geschiedenis van het westerse denken werd zelfdoding bijna altijd veroordeeld. Er waren drie argumenten. Zelfdoding is een vergrijp tegen het eigen leven omdat mensen van nature willen leven en streven naar zelfbehoud. Het is ook een vergrijp tegen de samenleving en de naastbetrokkenen omdat mensen verantwoordelijkheid voor elkaar en in de maatschappij dragen. Zelfdoding is ten slotte ook een vergrijp tegen God omdat Hij Schepper en Heer van het leven is. Een radicale opvatting van deze argumenten leidt tot een onvoorwaardelijke plicht tot leven. Mensen mogen dan aan deze plicht niet verzaken door zelfdoding.

Deze radicale opvatting en de onvoorwaardelijke plicht tot leven zijn echter moeilijk vol te houden, zeker bij cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Sommige cliënten ervaren in hun existentiële crisis het leven niet meer als iets goeds dat ze willen behouden, maar als een ondraaglijk en uitzichtloos lijden waarvan ze verlost willen worden. Vervolgens ervaren sommige cliënten hun leven alsof het geen waarde meer heeft voor de samenleving of voor andere mensen. Ze voelen zich dan ook niet meer opgeroepen om verantwoordelijkheid tegenover hen op te nemen. Ten slotte ervaren cliënten die niet in God geloven of hun geloof in vraag in



stellen, het argument van Gods schepping als niet overtuigend voor hen. Het is goed te begrijpen dat sommige cliënten in een existentiële crisis deze argumenten en de onvoorwaardelijke plicht tot leven niet meer als zinvol ervaren.

Niettemin blijven deze argumenten in de meeste situaties wel heel betekenisvol. Mensen hebben een ernstige verantwoordelijkheid tegenover hun eigen leven, hun naastbetrokkenen, de gemeenschap en hun levensovertuiging. Maar dit leidt niet tot een onvoorwaardelijke plicht tot leven.

Onderliggende waarden bij de preventie van zelfdoding

Bij de preventie van zelfdoding staan er vanuit ethisch perspectief drie waarden op het spel: de beschermwaardigheid van het leven, de autonomie van cliënten en de zorgrelatie tussen zorgverleners en cliënten.

De beschermwaardigheid van het leven

De beschermwaardigheid van het leven is de fundamentele waarde bij uitstek omdat het leven het fundament en de voor-waarde is voor alle andere waarden. Ook al hebben cliënten zelf geen onvoorwaardelijke plicht om te leven, de zorgverleners hebben wel de plicht om hun leven te beschermen. Hier komen de ethische en juridische verantwoordelijkheid overeen: zorgverleners leveren een inspanningsverbintenis om als een 'goede huisvader' cliënten te begeleiden en dus te voorkomen dat ze zelfdoding plegen.

Sommigen vatten de beschermwaardigheid radicaal op en rechtvaardigen daarom alle nodige vrijheidsbeperkende maatregelen om cliënten te beschermen. Anderen relativiseren de beschermwaardigheid van het leven en wegen deze af tegenover andere waarden.

De autonomie van cliënten

Autonomie is een fundamentele waarde die in de hedendaagse maatschappij sterk beklemtoond wordt. Autonomie impliceert dat mensen hun eigen keuzes mogen maken, voor zover ze de autonomie van anderen niet schaden.

Sommigen trekken de waarde van autonomie radicaal door. Mensen mogen *anderen* weliswaar niet schaden en niet doden, maar ze mogen wel *zichzelf* schaden en zichzelf doden. Volgens deze radicale opvatting hebben mensen recht op zelfdoding. Anderen relativiseren de waarde van autonomie omdat mensen leven in verbondenheid met anderen en daardoor verantwoordelijkheid tegenover hen hebben. Bovendien veronderstelt autonomie wilsbekwame personen. Bij cliënten kan de psychiatrische problematiek de wilsbekwaamheid verminderen. In deze relativiserende opvatting wordt de autonomie afgewogen tegenover andere waarden.

De zorgrelatie tussen zorgverleners en cliënten

De zorgrelatie is een fundamentele waarde in de zorgverlening zelf. Zorgverleners hebben de taak de beste mogelijke zorg vanuit een interdisciplinaire benadering aan cliënten aan te bieden. Kwaliteit en continuïteit zijn de pijlers van de zorg. Een noodzakelijke voorwaarde daartoe is een goede relatie tussen zorgverleners en cliënten. Deze relatie kan zich ontwikkelen tot een sterke samenwerkings- en vertrouwensrelatie. Een dergelijke relatie kan zinstichtend zijn voor cliënten. Voor sommige cliënten is de zorgrelatie de enige doorleefde relatie.

Sommigen vatten de waarde van de zorgrelatie radicaal op en willen vanuit die relatie blijvend zorg bieden. Anderen zien de zorgrelatie als een fundamentele waarde die ze in concrete situaties tegenover andere



waarden afwegen.

Verscheidenheid bij het afwegen van waarden

Iedereen zal het er wellicht over eens zijn dat beschermwaardigheid, autonomie en zorgrelatie belangrijke waarden zijn. Maar wanneer deze waarden in een spanningsveld komen te staan, kan er een grote verscheidenheid zijn bij het afwegen ervan. Bij de preventie van zelfdoding is het belangrijk dat de zorgverleners de voornoemde waarden proberen te integreren. Ze kunnen niet de ene waarde in alle gevallen prioritair te stellen ten koste van de andere. De drie waarden zijn per definitie waardevol en het komt eropaan zoveel mogelijk de beschermwaardigheid, de autonomie en de zorgrelatie te realiseren.

Preventieve zorg voor zelfdoding

Om de waarden van beschermwaardigheid, autonomie en zorgrelatie in de praktijk te integreren, volgen een aantal ethische aandachtspunten voor zorgverleners bij de preventieve zorg voor zelfdoding. Er is een logische opbouw van deze aandachtspunten, maar geen chronologische volgorde.

Inleving en begrip tonen

Het ethische uitgangspunt doorheen het hele proces van preventie van zelfdoding is een grondhouding van inleving en begrip. Wanneer zorgverleners omgaan met een cliënt met een neiging of poging tot zelfdoding, is het uiterst belangrijk dat ze de situatie ernstig nemen. Cliënten dreigen immers vast te geraken in een eigen logica van de dood waarbij gevoelens en gedachten onvermijdelijk naar zelfdoding leiden. Preventie van zelfdoding veronderstelt dat zorgverleners inleving en begrip voor de situatie van cliënten tonen. Ze proberen de gevoelens en de gedachten van cliënten zo goed mogelijk aan te voelen en te begrijpen. Een volledig inleven en begrijpen is niet mogelijk en niet wenselijk omdat het afbreuk zou doen aan de eigenheid van de beleving van cliënten.

Inleving en begrip zijn een teken van respect voor cliënten. Ze zijn ook een eerste vorm van zorg omdat het cliënten helpt om hun gevoelens en gedachten te verwoorden tegenover iemand anders en te plaatsen in een bredere context. Inleving en begrip impliceren niet dat de zorgverleners de neiging of poging tot zelfdoding zouden goedkeuren. Het is wel een voorwaarde om zelfdoding bespreekbaar te maken.

Signalen herkennen en risico inschatten

Vanuit deze grondhouding proberen zorgverleners signalen te herkennen en het risico in te schatten. Zelfdoding is immers een existentieel proces dat zijn wortels heeft in de levensgeschiedenis en de leefwereld van cliënten. Het is belangrijk dat de zorgverleners de signalen zo vroeg mogelijk herkennen zodat ze zo vlug mogelijk een gepast zorgproces kunnen beginnen. Ze kunnen signalen opvangen in de indirecte en directe verbale boodschappen en in de non-verbale uitingen en gedragingen van cliënten.

Het is eveneens belangrijk het risico op zelfdoding zo goed mogelijk in te schatten. Ingrijpende levensgebeurtenissen, een psychiatrische problematiek en vroeger suïcidaal gedrag zijn belangrijke risicofactoren. Scoringsinstrumenten kunnen een hulpmiddel zijn om dit risico in te schatten, maar er spelen ook altijd zeer individuele factoren een rol. Daarom gebeurt het inschatten van het risico nooit zonder gesprekken tussen zorgverleners en cliënt. De inschatting wint aan betrouwbaarheid als de zorgverleners met elkaar in team het risico bespreken.

Een zorgrelatie opbouwen

Een belangrijke hefboom in de preventieve zorg voor zelfdoding is de zorgrelatie. Die relatie is niet alleen de



basis voor het bieden van goede zorg. Het opbouwen van een zorgrelatie is zelf ook goede zorg. In de zorgrelatie drukken de zorgverleners uit dat ze betrokken zijn op cliënten. Niet alleen in woorden, maar ook in daden drukken ze uit dat de cliënten voor hen de moeite waard zijn. Ze laten aanvoelen dat het leven van cliënten voor hen zinvol is, ook al ervaren de cliënten zelf alleen zinloosheid in het leven.

De zorgrelatie is niet alleen een opvangende relatie, maar dikwijls ook een vervangende relatie. Het is een soort vrije ruimte waarin cliënten (opnieuw) kunnen leren om in communicatie te treden en een relatie op te bouwen. De kans om dit in een veilige en beschermde relatie te mogen leren, is op zich een hoopvolle ervaring die zin aan hun leven kan geven.

Goede zorg aanbieden

De kern van de preventie van zelfdoding ligt in de dagelijkse zorg. De pijlers zijn het bieden van kwaliteit en continuïteit in de zorg. Deze zorg wordt best zo integraal mogelijk vanuit een interdisciplinaire benadering aangeboden. Dit betekent dat zorgverleners samenwerken om vanuit een biologische, psychologische, sociale en existentiële benadering zorg te bieden.

Omdat zelfdoding een uiting is van een existentiële crisis, is het essentieel dat de zorgverleners werken aan de zinbeleving van cliënten. Deze zin kan gemakkelijker gevonden en beleefd worden als de zorgverleners door sociale interventies de leefsituatie van cliënten gunstiger maken. De zorgverleners kunnen vanuit psychotherapeutische benaderingen de gevoelens en gedachten rond zelfdoding in de levensgeschiedenis van cliënten verhelderen. Een goede behandeling veronderstelt ook, indien aangewezen, een adequate farmacotherapie.

Het is belangrijk dat de zorgverleners de naastbestaanden van de cliënt betrekken bij de preventieve zorg voor zelfdoding. Ze kunnen immers een belangrijke rol spelen. Dit gebeurt uiteraard in overleg met de cliënt.

Werken aan zinbeleving

In de zorg speelt de zinbeleving een belangrijke rol. Zinbeleving kan geplaatst worden op een tijds- en ruimtelijk. De tijdslijn is de weg die cliënten afleggen tussen hun geboorte en hun dood. Dit vormt hun levensgeschiedenis. Daarbij stellen cliënten zich vragen naar hun oorsprong en naar hun bestemming. Wie ben ik en van waar kom ik? Waar ga ik naar toe en wat is mijn toekomst?

De ruimtelijk is de spanning die cliënten ervaren tussen hun zelfstandigheid en hun verbondenheid. Dit is hun leefwereld. De meeste cliënten willen zelfstandig zijn, zelf keuzes maken en verbonden zijn met andere mensen. Ze leven in een netwerk van relaties, met onder andere familiale en sociale relaties, in een sociaal-culturele en natuurlijke omgeving, en in relatie tot een transcendente werkelijkheid. Cliënten kunnen zich vragen stellen bij hun zoeken naar zelfstandigheid en naar verbondenheid. Hoe kan ik samenleven met anderen zonder mezelf te verliezen? Waar liggen de grenzen van mijn vrijheid en mijn verantwoordelijkheid? Cliënten beleven zin in het hier en het nu, op het snijpunt van tijd en ruimte, van hun levens-geschiedenis en leefwereld. Als de zin van het leven zoek is, kunnen ze lijden aan het leven. Zorgverleners kunnen cliënten helpen in het zoeken en ontdekken van zin door met hen de tijdslijn en de ruimtelijk te verkennen, door hun levensgeschiedenis te verwoorden en hun leefwereld in kaart te brengen. Samen verhelderen ze de vragen naar oorsprong en bestemming, zelfstandigheid en verbondenheid. De zorgverleners helpen de cliënten de fragmenten van hun levensverhaal samen te brengen in een groter geheel.

Beschermende afspraken maken

Soms kan het nodig zijn om beschermende maatregelen te nemen. Volgens het advies van de werkgroep ethiek over "*Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg*" (2003), worden dergelijke beslissingen het best in overleg met de cliënt genomen. Overleg is in het advies immers het algemene model



om tot keuzes in de zorg te komen.

Wanneer beschermende maatregelen nodig zijn, kunnen de zorgverleners dit voorleggen aan de cliënt. Ze leggen de cliënt uit waarom volgens hen een beschermende maatregel noodzakelijk is. Ze vragen de cliënt iets te doen dat hij of zij anders niet zou doen, of iets niet te doen dat hij of zij anders wel zou doen. De zorgverleners motiveren waarom ze deze maatregel noodzakelijk vinden. Ze motiveren de cliënt om met de maatregel akkoord te gaan. Zo kunnen ze in overleg en met wederzijds akkoord komen tot een afspraak die de cliënt beschermt tegen zelfdoding.

Vrijheidsbeperkende maatregelen nemen

In crisissituaties is het mogelijk dat de zorgverleners niet meer met de cliënt kunnen overleggen over beschermende afspraken. Verdere maatregelen dringen zich dan op om het leven te beschermen. Deze maatregelen hebben onvermijdelijk een vrijheidsbeperkend karakter. In sommige situaties verzet de cliënt zich niet tegen de vrijheidsbeperking. In andere situaties verzet de cliënt zich wel en wordt de vrijheidsbeperking een dwangmaatregel. In het advies over het "*Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg*" (2003) heeft de werkgroep ethiek de criteria omschreven voor vrijheidsbeperking of dwang.

Een eerste criterium is dat er zonder vrijheidsbeperking ernstige schade dreigt aan het leven of de integriteit van de cliënt, en dat de maatregel gericht is op de bescherming van de cliënt. Bij een reële dreiging van zelfdoding is aan deze voorwaarde voldaan.

Een tweede criterium is dat er een proportionele of redelijke verhouding is tussen de graad van vrijheidsbeperking en de ernst van de dreiging van schade aan het leven of de integriteit van de cliënt. Dit criterium is belangrijk omdat het de zorgverleners aanzet om de graad van vrijheidsbeperking zorgvuldig af te wegen.

De vraag is wanneer er bij cliënten een redelijke verhouding is tussen de bescherming van het leven en de beperking van de vrijheid. Bij een acuut gevaar voor zelfdoding is de bedreiging van het leven zo ernstig en reëel dat een ingrijpende vrijheidsbeperking zoals bijvoorbeeld afzondering en eventueel fixatie verantwoord kan zijn. Maar de vrijheidsbeperking mag niet langer duren en mag niet meer vrijheid beperken dan werkelijk noodzakelijk is, zolang er geen redelijke verhouding meer is tussen de bescherming van het leven en de beperking van de vrijheid. Een langdurige, ingrijpende vrijheidsbeperking is dus zeer moeilijk te verantwoorden. Als er geen acuut gevaar voor zelfdoding meer is, bouwen de zorgverleners de vrijheidsbeperking dan ook progressief af. Op het ogenblik dat zelfdoding opnieuw acuut wordt, stellen de zorgverleners de vrijheidsbeperking opnieuw in. Het is dus zeer belangrijk dat de zorgverleners langdurige en ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen nooit als een evidentie beschouwen. Daarom nemen ze verantwoorde initiatieven om opnieuw meer vrijheid te geven als er geen acuut gevaar voor zelfdoding meer is.

Vrijheid en verantwoordelijkheid bevorderen

Hiermee komen we aan het delicate evenwicht tussen het geven en het beperken van vrijheid en verantwoordelijkheid. Cliënten kunnen maar zin in hun leven vinden en beleven, indien ze van vrijheid kunnen genieten en een eigen levensproject kunnen ontwikkelen. Zinbeleving veronderstelt vrijheid. Maar vrijheid impliceert ook verantwoordelijkheid. Het is belangrijk dat de zorgverleners zoveel mogelijk verantwoordelijkheid aan cliënten geven.

Zo komen zorgverleners en cliënten in een spanningsveld terecht. Enerzijds geven de zorgverleners vrijheid en verantwoordelijkheid omdat het noodzakelijke voorwaarden zijn om zin in het leven te vinden en gestalte te geven aan de waarde van de autonomie. Anderzijds beperken de zorgverleners vrijheid en nemen ze



verantwoordelijkheid over indien de dreiging van zelfdoding acuut wordt, en dit omwille van de beschermwaardigheid van het leven.

Zorgen voor de naastbetrokkenen

Bij het bieden van preventieve zorg, het omgaan met een crisissituatie of het verwerken van een zelfdoding is zorg voor de naastbetrokkenen essentieel. Deze zorg is noodzakelijk voor alle naastbetrokkenen, zowel de familieleden als de zorgverleners en de medeciënten. Wanneer een cliënt zelfdoding wil plegen, komen er heel wat gevoelens en emoties naar boven. De naastbetrokkenen kunnen zich onmachtig voelen tegenover de situatie van de cliënt omdat ze er niet in slagen een zinvol alternatief te bieden. In een crisissituatie kunnen ze zich schuldig voelen omdat ze hun verantwoordelijkheid tegenover de cliënt onvoldoende hebben kunnen opnemen. Zelfdoding confronteert hen bovendien met de eindigheid van het leven, de angst voor het sterven en de dood, en de beangstigende mogelijkheid om zelf ook zelfdoding te plegen.

Het is belangrijk dat de naastbetrokkenen deze gevoelens en emoties kunnen verwoorden en ze een plaats in hun beleving kunnen geven. In het bijzonder hebben de zorgverleners hier de taak om naar elkaar en naar de andere naastbetrokkenen te luisteren.

Omgaan met eigen onmacht

Gedurende dit hele proces van begeleiding en preventie van zelfdoding kunnen zorgverleners zich onmachtig voelen. Als zorgverleners met onmacht geconfronteerd worden, is het belangrijk dat ze deze onmacht proberen te aanvaarden en er een hanteerbare plaats aan geven. Als ze de situatie vermijden of ervoor vluchten omdat ze denken niets meer te kunnen doen, trappen ze in de val van de onmacht. Het is beter bij de cliënt te blijven, ook als ze schijnbaar niets meer kunnen ondernemen. Ook als er geen behandeling meer mogelijk is, kunnen de zorgverleners nog veel doen. Ze kunnen verbonden blijven met de cliënt om het lijden samen te dragen en te blijven dragen. De zorgverleners staan borg voor de zorgrelatie en voor menselijke verbondenheid.

Maar het is ook mogelijk dat zorgverleners deze aanvaarding en verbondenheid niet meer kunnen dragen. Dan is het belangrijk dat ze daarover spreken met andere mensen. In een team kunnen zorgverleners een beroep doen op solidariteit. Als de ene zorgverlener de begeleiding en verbondenheid niet meer kan bieden, kan een ander dit wellicht nog wel. Indien nodig, kan ook externe ondersteuning gezocht worden.

Besluit

Als een rode draad doorheen dit advies loopt een pleidooi om zoveel mogelijk de drie fundamentele waarden te integreren en gestalte te geven: de waardigheid van het leven beschermen door zelfdoding te voorkomen, de autonomie van cliënten respecteren door vrijheid en verantwoordelijkheid te bevorderen, en de zorgrelatie uitbouwen met kwaliteit en continuïteit in de zorgverlening. In dit spanningsveld van waarden hebben zorgverleners de plicht het leven te beschermen. Vanuit hun autonomie hebben cliënten echter geen onvoorwaardelijke plicht tot leven. Steeds proberen de zorgverleners vanuit de verbindende waarde van de zorgrelatie te komen tot de juiste verhouding tussen het beschermen van het leven en het respecteren van de autonomie.



Literatuur

KUITERT, H., *Suicide: wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief*, Baarn, 1994, 242 p.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE, *Het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een Psychiatrische Stoornis*, Utrecht, 2004, 58 p.

OASE, *Zelfmoordpreventie*, Dendermonde, 2006, 64 p. <http://users.skynet.be/oase/suicide1.html>

WERKGROEP ETHIEK IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, *Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg*, Gent, 2003, 12 p.

<http://www.fracarita.org/documenten/ethiek/ethisch%20advies%20ggz%20%20vrijheid%20en%20dwang.pdf>

WERKGROEP ETHIEK IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, *Begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek tot euthanasie in een niet-terminale situatie*, Gent, 2006, 5 p.

<http://www.fracarita.org/documenten/ethiek/Ethisch%20advies%20GGZ%20%20%20Euthanasie%20060111.pdf>

Leden van de werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg:

Beernem, P.C. Sint-Amandus: mevr. Ann Govaere en dr. Jo Magerman

Bierbeek, U.P.C. Sint-Kamillus: dhr. Jan Deckers en dhr. Josip Mateljan

Boechout, P.C. Broeders Alexianen: dhr. Emiel Nelissen en mevr. Leen Van Hilst

Gent, P.C. Dr. Guislain: dhr. Guido De Geyter en mevr. Leen Van Der Schueren

Gent, Provinciaal: dr. Marc Eneman, dhr. Axel Liégeois en dhr. Koen Oosterlinck

Grimbergen: P.K. Sint-Alexius: mevr. Cindy Baillieu en dhr. Guy Souverijns

Lede, P.C. Zoete Nood Gods: mevr. Hilde Van Wesemael

Leuven, Psycho-Sociaal Centrum: mevr. Miriam Cuyt

Leuven, Nakuurhome Papiermoleken: dhr. Luc De Baets

Merelbeke, De Sleutel: dhr. Robrecht Keymeulen

Mortsel, P.C. Sint-Amedeus: dhr. Jef Van Hoof en dhr. Patrick Vanpoucke

Sint-Truiden, P.C. Ziekeren: dhr. Koen De Droog en mevr. Ine Wanten

Tienen, P.K. Broeders Alexianen: dhr. Filip Berwaerts en dr. An Haekens

Zelzate, P.C. Sint-Jan-Baptist: dr. Theo De Decker

Advies goedgekeurd door Bestuursraad Geestelijke Gezondheidszorg op 19 maart 2007
door de Raad van Bestuur van de VZW Provinciaal der Broeders van Liefde op 18 april 2007.

Contactpersoon: Axel Liégeois

E-mail: axel.liegeois@broedersvanliefde.be

