Peiler

over palliatieve zorg en het levenseinde

Driemaandelijks tijdschrift van w.e.m.m.e.l. __ expertisecentrum 'Waardig Levenseinde', v.u. Wim Distelmans
afzendadres: J. Vander Vekenstraat 158, 1780 Wemmel __ jaargang 9 __ nr.40__ okt-nov-dec 2026



EXISTENTIEEL LIJDEN

"Het is geen persoonlijk falen, het is eigenlijk een appél."

__ Dirk De Wachter

© sander van damme

Peiler

is het tijdschrift van
w.e.m.m.e.l. expertisecentrum
'Waardig Levenseinde'
en verschijnt 4 keer per jaar

Redactieadres
J. Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel

Hoofdredactie
Wim Distelmans

Eindredactie
Peter Cremers, Désirée De Poot

Coördinatie
Inge De Hertogh

Redactie
Sabien Bauwens, Lindsay Cool, Eva Jacobs, Ann Peuteman, Annelien Tack, Linde Vande Casteele

Werkten mee aan dit nummer
Erik de Soir, Patrick Loobuyck, Lies Scaut, Kathleen Van Steenkiste, Angelique Verzelen

Huiscartoonist
Kamagurka

Huisfotograaf
Sander Van Damme

Vormgeving en druk
www.kikerviz.com

Verantwoordelijke uitgever
Wim Distelmans
J. Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel

Lezers die graag op een artikel reageren of een bijdrage willen leveren, kunnen terecht op de redactie via **info@wemmel.center**

Giften
Wie het wenst, kan ons door een vrijwillige bijdrage helpen om de palliatieve zorg verder uit te bouwen, op rekeningnummer **BE29 9792 4912 1364** van **LEIF vzw.**

Gratis abonneren via
info@wemmel.center

Peiler kan ook online gelezen worden op www.wemmel.center

Vorming

PALLIATIEVE ZORG BIJ MENSEN MET EEN VERSLAVINGSPROBLEMATIEK

7 december van 13u tot 16u

Hoe bied je goede palliatieve zorg wanneer ook een verslavingsproblematiek meespeelt?

Hoe ga je om met pijnbestrijding en medicatie bij mensen met een middelenafhankelijkheid?

Hoe respecteer je de autonomie van de patiënt wanneer zorg, veiligheid en middelengebruik met elkaar botsen?

Hoe doorbreek je stigma en werk je samen aan menswaardige zorg, ook in complexe situaties?

Palliatieve zorg bij mensen met een verslavingsproblematiek vraagt om specifieke kennis, nuance en samenwerking. In deze vorming gaan we dieper in op de uitdagingen waarmee zorgverleners geconfronteerd worden wanneer verslaving en een palliatieve zorgvraag samenkomen. Aan de hand van praktijkvoorbeelden bespreken we thema's zoals pijn- en symptoomcontrole, omgaan met medicatie en middelengebruik, ethische dilemma's, communicatie met patiënt en netwerk, en samenwerking tussen palliatieve zorg en verslavingszorg. Daarnaast staan we stil bij stigma, autonomie en het bieden van menswaardige zorg in complexe situaties.

DOCENT

Dr. Saskia Buijs is verslavingsarts KNMG en bij Novadic-Kentron en werkt op een gesloten afdeling dubbel diagnostiek waar ze verantwoordelijk is voor de diagnostiek en behandeling van de somatische en psychiatrische gevolgen van het middelengebruik.
Daarnaast werkt zij als kaderarts palliatieve zorg en medisch coördinator in Hospice Francinus de Wind.

LOCATIE

J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

INSCHRIJVING

Scan de QR-code hiernaast om in te schrijven

maken deel uit van w.e.m.m.e.l. expertisecentrum 'Waardig Levenseinde' en br.e.l. Brusselse Expertise Levenseinde

ulteam Uitklaring Levenseindevragen
www.ulteam.be

EIF
www.leif.be

leerstoel waardig levenseinde
www.waardiglevenseinde.eu

TOPAZ
www.dagcentrum-topaz.be

PALLIATIEF NETWERK OMEGA
www.palliatiefnetwerkomega.be



© jan de meuleneir

Mensen die met een tragische gebeurtenis in hun leven worden geconfronteerd, komen soms letterlijk en figuurlijk tot stilstand en stellen zich zingevingsvragen. Vragen over hun bestaan, hun levensbeschouwing, hun spiritualiteit ten opzichte van het buitenzintuiglijke, kunnen zelfs nog sterker zijn bij het levenseinde of bij een overweldigende doods- of scheidingsangst. Een 15-jarige smoorverliefde puber wordt door zijn lief verlaten en staat met zelfdodingsplannen aan het kanaal. Een 66-jarige man schaft zich een nieuwe auto aan voor zijn pensioen, rijdt er zich mee te pletter en wordt onherroepelijk compleet verlamd.
Zolang men gezond is, niet in crisis zit of geen tegenslagen kent, wordt er vaak niet nagedacht over de zin van het leven, over de impact van beslissingen, over de waarde van de professionele activiteit.
Nochtans reflecteert de mensheid al lang om het onverklaarbare te kunnen verklaren. Maakt het individuele leven deel uit van een groter geheel? Hoe kunnen we de existentiële angst voor het onbekende, het onbegrijpelijke, de zin van de sterfelijkheid vatten? Hieruit ontstonden de religies – van het Latijn relegere, weer bijeenbrengen of religare, verbinden. Het uitgangspunt is hier de verbondenheid met één of meerdere bovenmenselijke, almachtige opperwezens.

Bovendien aanvaardt men hierdoor bepaalde ethische waarden, plichten en regels. Uiteraard niets mis met religies indien ze troost bieden voor de existentiële pijn. Maar het mag niet tot onverdraagzaamheid leiden voor andersdenkenden, of resulteren in godsdienstoorlogen, brandstapels en folteringen, kolonialisme, fundamentalistische zelfmoordacties, het verwerpen van democratische principes, ...
Het zoeken naar waarheid is billijk, maar het als geloof willen opdringen en institutionaliseren is uitermate gevaarlijk en volgens Bertrand Russell zelfs schadelijk.
Atheïsten steunen dan weer meer op onweerlegbare feiten en zetten zich af tegen dogmatisme. Maar ze worstelen evengoed met zingeving. Ze gaan anders om met de zekerheid van het onzekere.
Vóór er efficiënte pijnstillers bestonden, had lijden zin voor de katholieke leer. Vandaag is het in de westerse wereld ondenkbaar dat er geen pijnstilling zou mogen worden gegeven. Hetzelfde geldt in België voor euthanasie, waar haast 90% van de bevolking dit aanvaardt.
Spirituele of existentiële pijn blijft hoe dan ook bestaan. Ze verschilt individueel, afhankelijk van culturele, religieuze en familiale tradities en wordt beïnvloed door de eigen levenservaring.

Omgaan met spirituele ontreddering of existentieel lijden is een van de moeilijkste opdrachten in de zorgverlening en in het bijzonder bij het levenseinde. Empathie, respect, nederigheid en vooral een luisterend oor zijn van onschatbare waarde.
In deze Peiler gaan we dieper in op de talloze aspecten van existentieel lijden. Zonder echter de pretentie te willen hebben een kant en klare oplossing te kunnen aanreiken. Maar wel met nadrukkelijke achting voor ieders zoektocht naar een troostsysteem.

_ Wim Distelmans

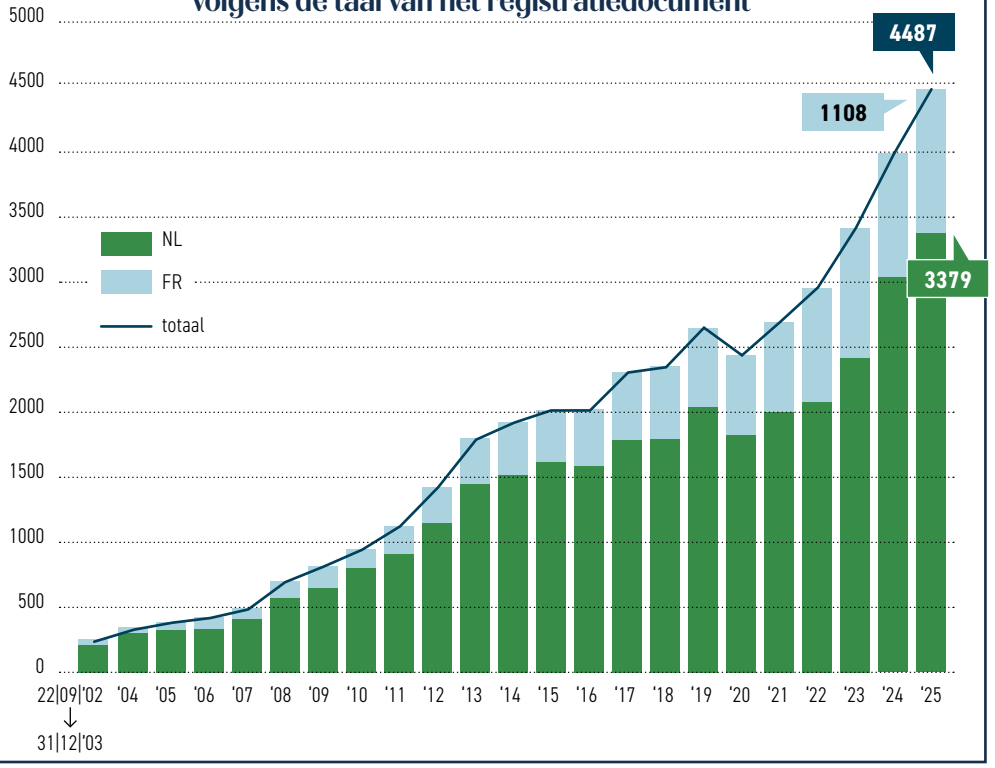
Opnieuw toename van het aantal gevallen van euthanasie in België

Op 2 oktober publiceerde de Federale Commissie Euthanasie haar tweejaarlijks verslag voor de jaren 2024-2025.
Het aantal registratiedocumenten neemt toe in beide landstalen. Het verschil tussen het aantal documenten opgesteld in het Nederlands en het aantal documenten opgesteld in het Frans blijft echter aanzienlijk. In 2024-2025 werden 8.478 registratiedocumenten ontvangen (3391 in 2024 en 4487 in 2025), waarvan 75.7% opgesteld in het Nederlands en 24.3% opgesteld in het Frans. Het gaat over een 14.5% stijging sinds 2023.
De meerderheid van de euthanasiegevallen (73%) heeft betrekking op patiënten ouder dan 70 jaar, in het bijzonder bij patiënten ouder dan 80 jaar. Gevallen bij personen jonger dan 40 jaar blijven zeldzaam (1.3%). Er werden twee euthanasies bij minderjarigen geregistreerd.
De meerderheid van de euthanasies werd uitgevoerd in de verblijfplaats van de patiënt (thuis en woonzorgcentra samen: 67.5%), dit bevestigt dat patiënten in hun vertrouwde omgeving willen blijven. Het aantal uitgevoerd in het ziekenhuis blijft globaal stabiel.
Het overlijden is in de meeste gevallen op korte termijn te verwachten (73.8%). De gevallen waarin dit niet het geval is, nemen in aantal toe, voornamelijk wat betreft polypathologie, terwijl oncologische gevallen minder vaak als “niet-terminaal” worden ingedeeld.

Euthanasie bij patiënten die in onomkeerbaar coma vertoeven en die een voorafgaande wilsverklaring hebben opgesteld, blijven uitzonderlijk en vertonen zelfs een dalende tendens (0.2% of 9 in 2024 en 6 in 2025).
Kankers blijven de belangrijkste onderliggende aandoening bij euthanasieverzoeken, vooral voor patiënten waarvan het overlijden binnen afzienbare termijn werd verwacht, hoewel hun aandeel afneemt. Polypathologie neemt toe, vooral voor patiënten waarvan het overlijden niet binnen afzienbare termijn werd verwacht en vormt, naast kanker (51.8%), de tweede medische oorzaak van euthanasie (28.3% van alle gevallen). Euthanasie wegens psychiatrische aandoeningen en cognitieve stoornissen (dementieel syndroom zoals ziekte van Alzheimer) blijven op hun beurt gering in aantal, met een matige toenemende trend (omwille van psychiatrie: 55 in 2024 en 74 in 2025; onomkeerbaar coma: 56 in 2024 en 77 in 2025).

In 84.3 % van de gevallen leden patiënten tegelijkertijd aan fysiek en psychisch lijden als direct gevolg van één of meerdere ernstige en ongeneeslijke aandoeningen.

Aantal ontvangen registratiedocumenten en verdeling volgens de taal van het registratiedocument



Euthanasie bij dementie: wetsvoorstel van Annelies Verlinden, federaal minister van justitie


© gf l joost pauwels

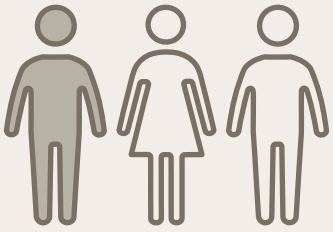
Minister van Justitie Annelies Verlinden (cd&v) heeft een wetsvoorstel voorbereid over euthanasie bij dementie op basis van een voorafgaande wilsverklaring. Het beperkt zich evenwel tot mensen die wilsonbekwaam geworden zijn door een neurodegeneratieve aandoening (dementie) en geldt niet bij andere vormen van verworven wilsonbekwaamheid (door niet aangeboren hersenaandoeningen zoals een plotse hersenbloeding). Dit is in tegenstelling met het advies nr 89 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bioethiek (zie Peiler nr 37, Januari-Maart 2026). Er moet ook onbehandelbaar lijden worden vastgesteld en de euthanasie kan niet plaatsvinden wanneer de patiënt zich op dat moment verzet. De vraag wie uiteindelijk beslist, de vroegere wilsbekwame persoon of de huidige persoon met dementie, staat centraal.

Op 18 oktober berichtte de VRT nog over Johan en Herman, twee mannen met dementie die vragen om een snelle aanpassing van de euthanasiewet. Het debat raakt aan fundamentele vragen over autonomie, wilsbekwaamheid, identiteit en de betekenis van een voorafgaande wilsverklaring.

> *De angst voor de leegte is de drijfveer achter de menselijke drang om kunst, religie en filosofie te creëren.*
>
> — Friedrich Nietzsche (1844-1900)

4

Existentiële ondersteuning is de 4de maar meest verwaarloosde pijler van de palliatieve zorg



Bijna een derde overlijdt binnen een maand na de aanvraag van palliatieve zorg

Een belangrijk maatschappelijk probleem blijft de laattijdige inschakeling van de palliatieve zorg. Wellicht heeft dit te maken met de weerstand van patiënten en hun familie, maar ook artsen talmen vaak nog te lang vooraleer beroep te doen op palliatieve zorg. Palliatieve zorg wordt tot in den treure nog steeds exclusief vereenzelvigd met terminale zorg.

De Morgen, 2 september 2026

Dirk De Wachter

De mens kan veel dragen als hij zich verbonden voelt

OVER VERLIES, KWETSBAARHEID, SPIRITUALITEIT EN DE KRACHT VAN MENSELIJKE NABIJHEID



© sander van damme

Als we het willen hebben over existentiële pijn, dan kunnen we dat niet zonder prof. dr. Dirk De Wachter. Al is een interview meteen ook een compacte les filosofie, psychologie en – vooral – veel levenservaring. Een gesprek waarin elke vraag leidt tot een discours dat tot nadenken stemt. En dus weinig vragen...

Over existentiële en spirituele pijn

Voor we het hebben over existentiële pijn moeten we een stapje terugzetten. Want we kunnen het niet over existentiele pijn hebben, als we het niet hebben over mijn idee over existentie.

Ik hanteer heel erg daar de ideeën van de Franse filosoof Levinas, die stelt dat wij pas echt mens worden in relatie met de anderen. Het 'bestaan' kan zijn fundament enkel vinden in een context met anderen. In mijn consultatie zie ik heel veel mensen die verlaten zijn. Die niemand hebben, die volledig vereenzaamd zijn. Al moet ik dat nuanceren want er is een wezenlijk verschil tussen alleen zijn en eenzaam zijn. Je kunt perfect alleen zijn, maar wel goed verbonden met anderen. En daarom betekent existentie voor mij altijd in verbinding zijn, verbonden zijn met anderen.

Sommige mensen spreken liever over spirituele pijn, dan over existentiële pijn. Het eerste zou dan eerder verbonden zijn met religie. Maar spirituele pijn is niet uitsluitend verbonden met religie of geloofsovertuiging. Spiritualiteit verwijst net zo goed naar de menselijke zoektocht naar betekenis, verbondenheid en overstijging. Ook mensen die zichzelf



niet religieus noemen, kunnen op momenten - wanneer de vanzelfsprekendheden van het leven wegvallen - een diep spirituele zoektocht doormaken. Het verlangen naar betekenis, verbondenheid en een vorm van overstijging behoort immers tot de menselijke ervaring. Bovendien is de mens voor mij fundamenteel een spiritueel wezen. Een mens die op zoek is naar meer dan de dagdagelijkse, nuttige of nutteloze dingen van het bestaan.

Bepaalde gebeurtenissen kunnen die existentiële vragen bijzonder sterk naar de oppervlakte brengen. Een verlies, een ingrijpende gezondheidsproblematiek, verdriet of de confrontatie met de dood kunnen ons vertrouwde houvast onderuit halen. De dood is eigenlijk de grootste betekenisgever want de mens wil betekenis geven aan dit bestaan, net omdat het tijdelijk is.

Is existentiële pijn het onvermogen om met deze existentiële onzekerheid om te gaan?

Ik vermijd liever het woord 'onvermogen', omdat dit kan klinken alsof iemand tekortschiet of zelf schuld draagt aan zijn moeilijkheden. Existentiële pijn is geen persoonlijk falen. Ze hoort bij de menselijke confrontatie met de onzekerheden en kwetsbaarheden van het leven. »»

»» Het gaat dus niet noodzakelijk om iets wat opgelost moet worden, maar om een ervaring die aandacht vraagt. De confrontatie met de grote levensvragen kan pijnlijk zijn, maar kan tegelijk ook een aanleiding vormen om opnieuw te onderzoeken wat wezenlijk is. Maar dat is nu de psychiater die spreekt.

Existentiële pijn is eigenlijk een appèl. Een appèl om te zoeken naar de essentie van het bestaan. En we lopen daar allemaal een stukje tegenaan, ook in mijn eigen bestaan. Moeilijke dingen in je leven nodigen uit om fundamenteel na te denken. Wat is dit leven? En daar is geen definitief antwoord op. Het is een antwoord dat opnieuw vragen oproept.



Existentiële pijn laat zich niet zomaar oplossen. Ze vraagt in de eerste plaats om aandacht en nabijheid.

Je kunt existentiële pijn niet wegnemen door mensen snel een advies te geven of door hen contacten op te leggen. Je moet luisteren, vragen stellen en ruimte geven aan de eigen betekenisgeving van mensen. Dat vraagt soms een andere houding dan we vanuit onze professionele rol gewend zijn. We willen helpen, iets doen, een antwoord geven. Maar bij existentiële vragen is er niet altijd een antwoord. Soms moeten we kunnen verdragen dat iemand met onzekerheid blijft zitten.

De hulpverlener hoeft de betekenis van een ervaring niet in te vullen. Hij of zij kan wel samen met de persoon onderzoeken wat belangrijk is, welke verbindingen steun bieden en waar nog betekenis gevonden kan worden.

Daarbij is het essentieel om het tempo van de ander te respecteren. Wat voor de ene persoon helpend is, hoeft dat voor iemand anders niet te zijn. Verbondenheid ontstaat niet door ze op te leggen, maar door ruimte te maken voor echte ontmoeting.

Is dat anders bij gelovigen of bijvoorbeeld vrijzinnigen?

Mensen komen bij mij zitten in grote ellende. Dan zie ik geen vrijzinnige en gelovigen. Dan zie ik mensen, hoor ik hun verhaal en zie ik hun eenzaamheid. Ik zie toch bij gelovigen, niet-gelovigen, anders-gelovigen en de 'vanalles'-gelovigen dat ze allemaal op een of andere manier op zoek zijn naar betekenis. En bij elke mens is dat een proces dat moeilijk en lastig is. Maar misschien moet ik het uitleggen op basis van hoe ik denk over een goed bestaan. Ik gebruik daarvoor een metafoor. Een goed

bestaan scharniert enerzijds tussen het gevoel van autonoom zijn en de mens als sociaal wezen. Dat autonoom zijn is heel belangrijk voor de Westerse mens. Dat hij het gevoel heeft dat hij zijn leven een beetje kan sturen. Dat hij fundamentele beslissingen kan nemen. Als ik naar mijn eigen leven kijk, dan gaat het om twee momenten waarom ik echt het gevoel heb dat ik een fundamentele beslissing heb genomen. Enerzijds was dat mijn beslissing om psychiater te worden, anderzijds was dat de relatie met mijn vrouw. Maar we nemen voortdurend kleinere beslissingen. Vanmorgen bij het ontbijt bijvoorbeeld... Hoeveel sneetjes brood zal ik nemen?

Hoezeer we ook streven naar die autonomie, sommige zaken hebben we niét in de hand. De dood bijvoorbeeld. En dan komen we ontegensprekelijk bij euthanasie terecht. Ik sta helemaal achter de euthanasiewetgeving, maar uiteindelijk creëer je ook een illusie. De illusie dat je het, als mens, allemaal kunt regelen. Dat je doodgaat wanneer je dat wil en hoe. Maar dat is natuurlijk niet zo.

Voor mezelf ben ik blij dat er zoiets als euthanasie bestaat. Als ze straks, bij het controle-onderzoek (nvdr Dirk De Wachter is behandeld voor darmkanker), zeggen dat ik vol metastasen zit en dat er geen behandeling meer is, dat ik nog een paar maanden te leven heb... Dan zet ik hier, in mijn mooie huis en met zicht op mijn kunstwerken, mijn boeken en met mijn muziek, een bed en dan wil ik bewust en omringd door mijn geliefde en mijn kinderen, afscheid nemen. Dat dénk ik. Maar net zo goed word ik door omstandigheden ingehaald en overlijd ik vroeger of zeg ik zelf dat ik het afscheid nog even uitstel. Het idee dat mijn sterven categorisch kan geregeld worden, is een illusie van de Westerse mens.

Ook sterven gaat over verbinding

Autonomie is de ene kant van het scharnier. De mens als sociaal wezen - verbondenheid – is de andere kant. Ook het sterven gaat over verbinding. Het feit dat mensen sterven zonder dat daar iemand bij is, dat er niemand bij hun uitvaart is... Jean-Paul Sartre zei ooit l'enfer, c'est les autres.... Ik zeg dat Sartre het fout heeft. L'enfer, c'est le manque de l'autre'. Verbinding is de essentie. Zelfs in de geneeskunde, waar de illusie wordt gecreëerd dat alles maakbaar is, gaat het eigenlijk om de mens als sociaal wezen.

> *“De mens is fundamenteel verbonden met anderen. We hebben elkaar nodig.”*

De mens is fundamenteel verbonden met anderen. We hebben elkaar nodig. Mensen kunnen ontzettend veel moeilijke dingen dragen, als ze zich maar ingebed en gehecht weten. Het is een gedachte die bijzonder belangrijk is wanneer mensen geconfronteerd worden met lijden en verlies. De omstandigheden kunnen bijzonder zwaar zijn, maar de aanwezigheid van anderen maakt een wezenlijk verschil. Weten dat er mensen zijn bij wie je terechtkunt, dat je ergens bij hoort en dat je niet alleen staat, kan helpen om moeilijke periodes te dragen.

Verbondenheid bestaat bovendien uit verschillende lagen. Die verbindingen hoeven niet allemaal even intens te zijn. Je hebt je partner, je kinderen, je familie, vrienden, kennissen. Samen vormen ze een netwerk waarop je kunt terugvallen. En niet elke relatie hoeft dezelfde diepgang te hebben. Soms is er een heel intense band, soms gaat het om een minder nauw contact. Toch kunnen al die relaties bijdragen aan het gevoel dat we ergens bij horen. Binnen die verbondenheid kunnen mensen hun moeilijkheden delen, luisteren naar elkaar en zelf gehoord worden. Het is niet altijd nodig dat iemand een oplossing aanreikt. Soms is het voldoende dat er iemand is die luistert en met wie je iets kunt delen. En neen, je kunt dat niet forceren en heeft dat tijd nodig en bovendien is dat bij iedereen ook anders. Sommige mensen hebben graag veel anderen rondom zich nodig. Anderen maar een paar. Sommigen willen veel praten en anderen hebben daar stilte voor nodig. Die gaan samen wandelen om niets te zeggen. Dat is allemaal prima, maar de verbinding blijft voor mij essentieel.

Is er dan een conflict tussen autonomie en verbinding?

Neen. Een goede verbinding neemt de autonomie van de ander niet weg. Ze moet mensen juist stimuleren om zelf na te denken en eigen keuzes te maken. En dat is ook een belangrijke boodschap voor hulpverleners. Wanneer iemand eenzaam is of weinig sociale contacten heeft, bestaat het risico dat we vanuit de beste bedoelingen meteen oplossingen willen aanreiken. We willen iemand opnieuw in contact brengen met anderen, stellen activiteiten voor of proberen het sociale netwerk uit te breiden. Maar verbinding laat zich niet organiseren alsof het een opdracht is die iemand moet uitvoeren. Je kunt mensen niet zomaar sociale contacten opleggen. Je moet aansluiten bij hun tempo en bij hun behoefte. »»

interview

Dirk De Wachter

»» U balanceert tussen filosofie en psychiatrie. Kijken filosofen en psychiaters op een andere manier naar existentiële pijn?

Ik ben geen filosoof, ik ben een psychiater. Ik spreek vanuit de praktijk. Ik sta bij wijze van spreken met mijn voeten in het slijk, al heb ik wel een overall aan zodat ik niet te vuil word. De filosofen zitten in de boomhut van boven en die kijken naar de wereld die zeggen: amai, wat is daar allemaal bezig.

Ik denk dat de goddelijkheid God overstijgt. Dat is het spirituele, het mystieke en het onbegrijpelijke. Ook zonder kerkelijke God is dat eigen aan de mens. Dat zie je in alle culturen doorheen alle tijden. Maar die cultuur die zo kerkelijk onderbouwd was, is heel snel gekanteld en nu is het wat zoeken naar evenwicht. De heel kostbare waarden die onze christelijke cultuur ons heeft gegeven – naast alle ellende natuurlijk -, moeten we nu in de seculiere wereld vormgeven. In een seculiere wereld moeten we een stukje verbondenheid, die barmhartigheid en zorgzaamheid vormgeven. Dat is de vraag die ik mij stel en de rest laat ik aan de filosofen over. Dan ga ik in die boomhut met zo'n touwladdertje naar boven en vraag ik aan de filosoof hoe het verder moet. En dan zeggen die vanalles en als ik het begrijp, is het goed. Dan ga ik terug naar beneden langs die touwladder, doe mijn botten aan en mijn overall en probeer ik mensen opnieuw een beetje recht te trekken. Maar af en toe heb ik het nodig om in die boomhut alles op metaniveau te bekijken.

_ Désirée De Poot & Wim Distelmans

column



Duizelen

Als kind probeerde ik me wel eens voor te stellen wat het zou betekenen om te horen dat ik zou sterven. Ik tartte mezelf daarmee als ik niet kon slapen. Of was het andersom? Want met die gedachte val je niet in slaap: een onaangenaam gevoel maakte zich van mij meester, mijn maag deed raar en ik voelde de wereld duizelen. Snel probeerde ik het weg te duwen en aan iets anders te denken.
Het is slechts een glimp van wat mensen voelen als ze écht te maken krijgen met een levensbedreigende aandoening. Verdriet, kwaadheid, onmacht, bekommernis om de nabestaanden, liefde voor je naasten, dankbaarheid om wat er is geweest, spijt over wat niet meer mogelijk is, angst voor de pijn en het lijden ... Niemand weet op voorhand wat in deze cocktail de bovenhand krijgt, hoe hij gaat smaken en hoe je hem best verwerkt.
Weten is hier overigens niet het punt. Op zulke momenten wordt duidelijk dat we niet van kennis alleen kunnen leven. Het gaat om hoe we worstelen met onze eigen eindigheid, die er altijd al was, maar dan plots heel concreet wordt. Wittgenstein schrijft in zijn Tractatus (1922): "Wij voelen dat zelfs als alle mogelijke wetenschappelijke vragen beantwoord zijn, onze levensproblemen nog helemaal niet aangeroerd zijn."
Hij heeft een punt: een belangrijk deel van waar het in ons leven om draait, blijft buiten beeld als we enkel een naturalistisch-wetenschappelijke bril opzetten. De geneeskunde kan het leven verlengen, maar ze kan ons niet vertellen wat een waardig leven is.
De filosoof Epicurus probeerde de doodsangst weg te redeneren: zolang ik er ben, is de dood er niet; als de dood er is, ben ik er niet meer. Dat lijkt logisch, maar existentieel zijn we er bitter weinig mee. Probeer het jezelf maar eens voor te houden, 's nachts, in een ziekenhuisbed, na het gesprek met de oncoloog. Het is vaak niet zozeer het dood-zijn dat ons beangstigt, maar het afscheid, het loslaten, het onvoltooide.
Sommige ervaringen zouden we cognitief ondoordringbaar kunnen noemen. Zoals ik al voelde in mijn kinderbed: ze zijn niet te bevatten, ze doen duizelen. Met argumenten of statistieken komen we dan niet ver. Muziek, poëzie, religie, filosofie, rituelen en verhalen kunnen wel een deel van het werk doen. Wie met de eigen dood geconfronteerd wordt, zoekt geen kennis, maar troost, hoop, geborgenheid en liefde. Mensen willen erkenning voor wat hen overkomt en gehoord worden in hun vragen, ook al weten ze dat er geen sluitende antwoorden komen.
Pijnstillers zijn onmisbaar om de fysieke pijn te verlichten, maar existentiële pijn vraagt andere middelen, zoals tijd, aandacht en zorgende nabijheid. Soms een gesprek waarin herinneringen naar boven worden gehaald, soms een stilte die niet ongemakkelijk hoeft te zijn. Als kind duwde ik de duizeling weg. Maar ik besef dat we dat als omstaanders ook nog te gemakkelijk doen: we willen mensen geruststellen of we veranderen van onderwerp. Daarom, aan alle zorgverleners, vrijwilligers, familie en vrienden die dat niet doen, maar de duizeling mee durven te dragen: dank je wel.

_ Patrick Loobuyck

Lies Scaut & Erik de Soir

Als kanker je plots treft en de angst voor het einde voor de deur staat

Wanneer kanker onverwacht het leven binnendringt, raakt niet alleen het lichaam ontregeld, maar ook het vertrouwen in de toekomst, in voorspelbaarheid en in het vanzelfsprekende karakter van het bestaan. In dit dubbelinterview verwoorden Lies, rouwexperte en zelf getroffen door borstkanker, en Erik, traumapsycholoog en haar partner, hoe ziekte angst, verdriet, boosheid en onzekerheid mee aan tafel brengt. Tegelijk onderzoeken zij wat het betekent om als koppel samen door die existentiële ontreddering heen te gaan.

Lies beschrijft hoe de confrontatie met eindigheid haar dwingt opnieuw te kijken naar wat werkelijk belangrijk is: relaties, tijd, kernwaarden, keuzes en de vraag welk leven zij na de behandeling opnieuw wil opnemen. Erik belicht de bijzondere plaats van de partner: niet alleen als degene die ondersteunt, bemoedigt en hoop geeft, maar ook als iemand die bereid is mee af te dalen naar de spreekwoordelijke hel van angst en machteloosheid, zonder die onmiddellijk te willen oplossen.

Hun verhaal gaat daarmee verder dan ziekte en behandeling. Het is een reflectie over vertrouwen zonder garanties, hoop die ruimte laat voor angst, en liefde als aanwezigheid wanneer woorden en zekerheden tekortschieten. Kanker confronteert hen met de kwetsbaarheid van het leven, maar maakt tegelijk scherper zichtbaar wat het leven betekenis geeft.

Lies, je schreef onlangs op je sociale media dat je halverwege je chemotherapie bent. Dat lijkt op het eerste gezicht een moment waarop je opgelucht zou kunnen zijn. Toch beschreef je net op dat moment hoe de angst plots opnieuw heel dichtbij kwam.

Lies: "Een paar dagen geleden dacht ik: *yes, ik ben halverwege*. Halverwege de chemotherapie. Zo'n moment waarop je bijna de neiging krijgt om een vlaggetje te planten: kijk, tot hier ben ik al geraakt.

En net tijdens dat kleine innerlijke feest werd er plots op de deur geklopt.

In mijn hoofd deed ik die deur open en daar stonden ze: ongenodigde gasten. Angst en vertwijfeling.

> *"In mijn hoofd deed ik die deur open en daar stonden ze: ongenodigde gasten. Angst en vertwijfeling."*

Ze vroegen niet of ze mochten binnenkomen. Ze wandelden gewoon mee naar binnen en kwamen naast me zitten.

Eerst probeerde ik hen te negeren. Daarna probeerde ik hen weg te redeneren. Ik zocht afleiding, probeerde positief te denken en vertelde mezelf wat anderen me ook zeggen: dat ik sterk ben, dat ik dit kan, dat de behandeling er goed uitziet.

Maar angst laat zich niet zomaar wegsturen.

Hij loopt mee naar boven wanneer ik ga slapen. Hij zit naast me wanneer ik wakker word. Hij duikt op in de stilte, precies daar waar geen woorden of bezigheden meer zijn om hem te overstemmen.

En altijd begint hij met dezelfde twee woorden: *Wat als...*?

Wat als de behandeling niet aanslaat?
Wat als de kanker terugkomt?
Wat als mijn lichaam het niet aankan?
Wat als dit leven, dat altijd zo vanzelfsprekend leek, helemaal niet zo vanzelfsprekend is?

»»»



»» Op een bepaald moment heb ik, mede dankzij Erik, besloten niet langer voor die vragen weg te lopen. Angst mocht aan tafel komen zitten."

Erik, wat betekent het dan om als partner naast iemand te staan die zulke vragen stelt? Je kunt die angst niet zomaar wegnemen.
Erik: "Neen. En precies dat is misschien een van de moeilijkste aspecten van partner zijn in zo'n situatie. Je kunt het gesprek niet voor de ander voeren. Je kunt de behandeling niet overnemen. Je kunt kanker niet oplossen.

Iemand van wie je houdt, moet een weg afleggen waarop jij haar uiteindelijk niet kunt vervangen.

Wat je wel kunt proberen, is aanwezig blijven.

We spreken vaak over veerkracht en weerbaarheid. En terecht. Mensen moedigen je aan: *Blijf positief. Je bent sterk. Vertrouw erop.* Dat kan enorm helpend zijn. Maar er bestaat ook een andere kant van nabijheid.

Soms heeft iemand geen mens nodig die haar onmiddellijk weer omhoog trekt. Soms heeft ze iemand nodig die bereid is mee af te dalen.

Niet om samen in wanhoop te blijven zitten, maar om te zeggen: *Ik durf hier ook bij jou te zijn.*

Bij de angst. Bij de ontreddering. Bij het verdriet en de machteloosheid.

Misschien is dat een van de diepste vormen van partnerschap: niet alleen naast iemand staan wanneer zij sterk is, maar ook durven afdalen naar de plek waar alle zekerheden wegvallen."

Dat gaat dus verder dan iemand moed inspreken. Het vraagt ook dat er ruimte mag bestaan voor ontreddering.
Lies: "Absoluut. Toen angst eenmaal aan tafel zat, kwamen er snel andere gasten bij. Boosheid. Verdriet. Teleurstelling. Ongeloof. Verzet. Eenzaamheid.

Het werd druk aan die tafel.

En toch veranderde er iets toen ik ophield hen voortdurend buiten te willen houden.

Ik hoefde niet altijd dapper te zijn. Ik mocht bang zijn. Ik mocht kwaad zijn omdat dit mij overkwam. Ik mocht verdriet voelen om mijn lichaam, om wat verloren ging en om wat misschien nog verloren kan gaan.

Kanker doet namelijk veel meer dan je lichaam ziek maken. Het raakt ook aan je basisvertrouwen.

Aan dat stille, bijna onbewuste idee dat morgen ongeveer zal lijken op vandaag. Dat je plannen kunt maken voor volgend jaar. Dat je agenda, je gezin, je werk en je toekomst min of meer in jouw handen liggen.

En dan verschijnt er plots een barst in die vanzelfsprekendheid.

Je wordt geconfronteerd met iets wat ieder mens eigenlijk weet, maar meestal op veilige afstand weet te houden: mijn leven is eindig."

> *"Misschien is liefde uiteindelijk precies dat: geen belofte dat de ander niets zal overkomen, maar de belofte dat zij het niet alleen hoeft te dragen."*

Wat doet dat besef met jullie als koppel?
Erik: "Het verandert niet noodzakelijk wie je bent, maar sommige vragen worden wel veel scherper.

Wat als onze tijd samen beperkter is dan we altijd gedacht hebben?

Hebben we dan voldoende geleefd?

Hebben we elkaar voldoende gezegd wat werkelijk belangrijk is?

Waar hebben we onze tijd aan besteed?

Welke zorgen waren achteraf bekeken misschien helemaal niet zo belangrijk?

En wat stellen we al jaren uit omdat we ervan uitgaan dat er later nog tijd genoeg zal zijn?

Ziekte kan meedogenloos zijn, maar ze



kan ook de ruis verminderen. Dingen waar je vroeger eindeloos over kon discussiëren, worden opeens kleiner. Andere dingen worden juist kostbaar: samen ontbijten, een hand vasthouden, wandelen, stilte, een gesprek dat nergens naartoe hoeft.

De eindigheid van het leven maakt het gewone soms opnieuw bijzonder."

Lies, jij spreekt ook over de vraag welk leven je na de behandeling opnieuw wilt opnemen. Dat suggereert dat herstel voor jou niet noodzakelijk betekent dat alles opnieuw wordt zoals vroeger.
Lies: "Dat is een vraag die steeds meer op de voorgrond komt.

Misschien is het een van de vreemdste paradoxen: juist wanneer de dood dichterbij lijkt te komen, wordt het leven intenser zichtbaar.

Niet omdat ik voortdurend met sterven bezig ben. Integendeel. Ik wil leven.

Maar leven betekent nu iets anders dan ervoor.

Ik vraag me af: wat ga ik na deze behandeling opnieuw opnemen van mijn vroegere leven? Moet alles eigenlijk terug worden zoals voordien?

Of zou het jammer zijn wanneer deze hele ervaring uiteindelijk alleen maar een onderbreking blijkt te zijn, waarna ik precies dezelfde agenda, dezelfde vanzelfsprekendheden en dezelfde gewoonten hervat?

Misschien vraagt genezing ook om heroriëntatie.
Wat zijn mijn kernwaarden?
Wie en wat verdient mijn tijd?
Waar wil ik nog ja tegen zeggen?
En tegen welke dingen mag ik eindelijk nee zeggen?

Welke dromen wil ik niet langer bewaren voor 'later'?

Dat zijn geen eenvoudige vragen, maar misschien zijn het wel wezenlijke vragen. Kanker maakt de toekomst onzeker, maar daardoor wordt ook duidelijker dat je keuzes moet maken over hoe je vandaag wilt leven."

Tegelijk blijft er hoop nodig. Maar hoe blijf je hopen wanneer je weet dat niemand absolute zekerheid kan geven?
Erik: "Hoop krijgt in zo'n periode inderdaad een andere betekenis.

Hoop betekent niet dat je met absolute zekerheid kunt zeggen dat alles goed komt. Niemand kan dat beloven.
Hoop betekent misschien eerder dat je ervoor kiest verder te gaan terwijl je de uitkomst niet kent.
Dat je het behandelplan vertrouwt. Dat je artsen vertrouwt. Dat je probeert je lichaam opnieuw te vertrouwen. Dat je elkaar vasthoudt terwijl er geen garanties bestaan.
Dat is geen naïeve hoop.
Het is hoop die de angst gezien heeft.

Misschien is dat zelfs een rijpere vorm van vertrouwen: niet vertrouwen omdat je zeker weet wat er zal gebeuren, maar vertrouwen terwijl je weet dat niet alles controleerbaar is."

Lies, in jouw metafoor blijven al die emoties dus aan tafel zitten. Maar er is één gast die voor jou uiteindelijk de toon aangeeft.
Lies: "Ja. Daarom mocht iedereen uiteindelijk aan mijn tafel blijven zitten.

Angst. Verdriet. Boosheid. Ongeloof. Verzet. Eenzaamheid.

Ik hoef ze niet meer weg te sturen.

Maar ze luisteren wel naar één hoofdgast. »»

»» Vertrouwen.
Niet het vertrouwen dat mij verzekert dat er niets meer fout kan lopen.
Wel het vertrouwen dat zegt: wat er ook op mijn pad komt, ik hoef het niet vandaag allemaal te kunnen dragen.
Vandaag is vandaag.
Ik adem.
Ik leef.
Ik ben hier.
En ik ben niet alleen."

Erik, misschien raakt dat ook aan wat liefde in zo'n periode betekent.
Erik: "Misschien is liefde uiteindelijk precies dat: geen belofte dat de ander niets zal overkomen, maar de belofte dat zij het niet alleen hoeft te dragen.
Soms loop je samen in het licht.
En soms daal je samen af naar een plek waar het donker is.
Niet omdat je weet hoe je er weer uitkomt. Niet omdat je onmiddellijk een oplossing hebt. Maar omdat niemand daar alleen zou moeten zitten.
Je kunt de angst van de ander niet wegnemen, maar je kunt wel voorkomen dat zij er helemaal alleen mee moet zijn.
Dat is misschien een van de meest fundamentele vormen van verbondenheid."

En als die angst morgen opnieuw op de deur klopt?
Lies: "Dan zal ik hem waarschijnlijk opnieuw herkennen.
Angst klopt nog geregeld op de deur.
Soms komt hij gewoon binnen.
Maar tegenwoordig weet ik dat ik hem een stoel kan aanbieden zonder hem het hele huis te geven.
Want aan mijn tafel zit ook vertrouwen.
En daarnaast zit liefde.
Misschien is dat voor de komende periode genoeg en moeten we de rest van de rit gewoon uitzitten, maar vooral in het hier en nu leren blijven."

__ Lies Scaut & Erik de Soir

"Ik ben op"
Euthanasie bij psychisch lijden
Wim Distelmans & Sofie Van Waeyenberghe

Voor Charlotte is het leven niet meer leefbaar. Ze lijdt psychisch, ten gevolge van een psychiatrische aandoening, maar ook fysiek: ze heeft chronisch lichamelijke pijn. In dit boek getuigt ze over waarom ze euthanasie wil. Wim Distelmans, oncoloog en professor in de palliatieve geneeskunde aan de VUB, geeft duiding bij de te volgen weg. Hij legt uit wat de wettelijke mogelijkheden zijn voor euthanasie in België en kadert dat in onze gezondheidszorg. Met als belangrijke conclusie: het is absurd om een onderscheid te proberen maken tussen fysiek en psychisch lijden.

- **Ik ben op. Euthanasie bij psychisch lijden**
- **Wim Distelmans & Sofie Van Waeyenberghe**
- **Uitgeverij Houtekiet (oktober 2026)**
- **Hardcover, 176 blz.**
- **ISBN 9789057208515**
- **Prijs: €21,99**



Aan de LEIFlijn

“Hoe lang is mijn negatieve wilsverklaring geldig?” Soms begint én eindigt een telefoongesprek met een eenvoudige praktische vraag. Maar even later belt iemand over een ongeneeslijk zieke partner, een moeder met dementie of een euthanasiewens waarmee hij nergens terecht lijkt te kunnen.

Aandacht voor elke vraag en heldere, correcte informatie kunnen een wereld van verschil maken. Zeker wanneer het gaat over het levenseinde.

Mensen willen weten hoe ze hun wensen vastleggen, wie hen later kan vertegenwoordigen of wat ze voor een ziek familielid kunnen betekenen. Ook artsen en andere zorgverleners bellen ons voor informatie en advies.

Achter een schijnbaar eenvoudige vraag schuilt soms een heel verhaal. Over angst om afhankelijk te worden, onenigheid binnen de familie of onduidelijkheid over wat een wilsverklaring precies regelt. Dan vraagt een gesprek tijd: om misverstanden uit te klaren en te bekijken welke stappen mogelijk zijn.

Wat ook de aard van de vraag is, telkens proberen we mensen verder te helpen, met respect voor hun eigen wensen en keuzes.

LEIF zoekt nieuwe vrijwilligers voor de LEIFlijn!

In 2025 kregen we 8.510 telefonische oproepen. Door de groeiende bekendheid en werking van LEIF neemt ook het aantal vragen toe. Daarom willen we nieuwe vrijwilligers opleiden om ons team te versterken.

Wie zoeken we?

Ben je (gepensioneerd) verpleegkundige, arts, psycholoog of heb je een andere achtergrond in de gezondheidszorg? Heb je affiniteit met levenseindevragen en wil je je kennis en ervaring inzetten voor anderen?
Dan verwelkomen we je graag!

We zoeken geëngageerde mensen die:

- **bereid zijn een grondige voorbereidende opleiding te volgen;**
- **graag luisteren en op een respectvolle, onbevooroordeelde manier informatie verstrekken;**
- **zich één dag per week (9u-17u) kunnen vrijmaken om de LEIFlijn te bemannen;**
- **willen bijdragen aan een toegankelijke en heldere dienstverlening rond levenseindevragen.**

Wat bieden wij jou?

Bijzonder zinvol vrijwilligerswerk met een grote maatschappelijke relevantie.
Een grondige opleiding, zodat je goed voorbereid en met vertrouwen aan de slag kunt.
Een klein en betrokken team van collega´s en vrijwilligers, waar collegialiteit en onderlinge steun centraal staan.
De kans om te blijven leren en groeien.

Plaats van activiteit:

Expertisecentrum Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158, 1780 Wemmel.

Heb je interesse? Neem contact met ons op via 02 456 82 15 of sabien.bauwens@leif.be. We maken graag kennis met jou!

Waar doet het juist pijn?

DE EXISTENTIËLE DIMENSIE BINNEN DE PALLIATIEVE ZORG

De existentiële dimensie wordt als vierde peiler binnen de palliatieve zorgverlening geconceptualiseerd en komt vaak als laatste aan bod na de somatische, sociale en psychologische peiler. In realiteit loopt deze dimensie echter dwars door de 3 andere peilers heen. Existentieel in de brede betekenis staat voor alles wat met het leven te maken heeft, wat ons tot mens maakt. Wij zijn betekeniszoekende wezens en onze betekenisgeving wordt dooreengeschud wanneer we met een ernstige ziekte en/of met de dood geconfronteerd worden.

Confrontatie met een levensbedreigende ziekte brengt altijd ***existentiële pijn*** met zich mee, we verliezen verbinding met wat ons leven zin en houvast geeft. We staan dus voor de opdracht om in het oog van de eindigheid van het leven opnieuw verbinding te zoeken met wat er echt toe doet in ons leven. Wanneer dat proces bemoeilijkt wordt door interne of externe factoren en wanneer we daarbij niet de juiste bejegening of begeleiding krijgen, ontstaat er ***existentieel lijden***. Dat veroorzaakt vaak een toestand van demoralisatie wat er dan weer toe leidt dat er psychische klachten zoals angst en depressie ontstaan.

De existentiële dimensie wordt vaak geassocieerd met levensbeschouwelijke zorgverlening waarbij begeleiders vanuit een religieus of vrijzinnig kader aan de slag gaan met zingevingsvragen . Aan dat kader is een mensbeeld en een visie op leven en sterven verbonden, waarbij er op individueel niveau en op vraag van de betrokkene samen geprobeerd wordt om weer grip te krijgen op waarden, betekenis en het leven an sich. Het is echter een hardnekkige misvatting dat de existentiële dimensie voorbehouden is voor en enkel aangeraakt wordt door levensbeschouwelijke begeleiders. Kanker en andere levensbedreigende ziektes zorgen voor een breuklijn in elk levensverhaal. Er is een voor en een na. Er zijn altijd existentiële vragen en angsten. Wie was ik voor en wie ben ik na mijn ziekte? Waarom overkwam mij dit? Wat staat er mij nog te wachten? Wat heb ik betekend en wat beteken ik nog? Waar vind ik betekenis in? Hoe moet het verder met mijn geliefden als ik er niet meer ben? Het zijn vragen die uitgesproken worden maar vaak ook onuitgesproken knagen. Iedereen in de zorg die in gesprek gaat met ernstig zieken, krijgt ermee te maken en draagt een verantwoordelijkheid om er sensibel en respectvol mee om te gaan.

Een belangrijke grondlegger van de existentiële beweging in de psychotherapie, is Viktor Frankl. In 'Man's search for meaning' stelt hij dat de menselijke drang naar betekenis de belangrijkste drijfveer is in het leven. Hij stelt dat we als mens extreme omstandigheden kunnen dragen zolang we een zekere innerlijke vrijheid en autonomie kunnen behouden. Dat is nodig om onze houding te bepalen en om te gaan met pijnlijke omstandigheden die gepaard gaan met bv. een ernstige ziekte.

Irvin Yalom bouwde voort op het werk van Frankl en biedt een solide kader voor wie zich hierin wil verdiepen. Hij baseert zich op 4 ultieme levensvragen die we moeten confronteren om te kunnen omgaan met angst en lijden. Vertaald naar palliatieve settings, kan dat er als volgt uitzien:

• ***De dood:*** angst errond wordt verlicht door er open over te kunnen en mogen praten. Yalom stelt dat veel mensen troost vinden in wat hij 'rippling' noemt, het idee

dat we iets van onszelf achterlaten in de herinnering bij geliefde anderen, in de vorm van kunst, onderwijs, ...

• ***Vrijheid***: ernstige ziekte leidt vaak tot een gevoel van controleverlies en machteloosheid. Gesprekken rond het levenseinde en het maken van een VZP kan daar een tegenwicht in bieden.

• ***Isolement***: ziek zijn en lijden kan een diepe existentiële eenzaamheid veroorzaken. De authentieke ontmoeting met zorgverleners kan dat gevoel niet helemaal wegnemen maar biedt vaak wel de nodige steun om weer meer in verbinding te gaan met relevante anderen.

• ***Het verliezen van betekenis***: door ziekte vallen de dagelijkse rollen maar ook het toekomstperspectief vaak weg en dat kan leiden tot een verlies van zingeving. Initiatieven zoals bv. dignity therapy kunnen de impuls geven om te zoeken naar nieuwe betekenissen en doelen die aansluiten bij de waarden van de betrokkene.

Existentiële zorg wordt vaak geassocieerd met een focus op het sterven(sproces), met afscheid, verdriet, pijn. In essentie omvat deze zorg echter alles wat met het leven te maken heeft. In die optiek stelt Yalom dat net het besef dat ons leven eindig is, ons motiveert om bewuster om te gaan met de waarden die voor ons belangrijk zijn. Ook in de laatste levensfase is het belangrijk om als zorgverlener het existentieel welzijn van patiënten en familie te exploreren. Dit wordt bepaald door de aanwezigheid van pijnlijke emoties maar ook door de aan-of aanwezigheid van de zogenaamde positieve emoties (Martin Seligman). Een éénzijdige focus op het lijden, ontneemt de kans om stil te staan bij emoties als hoop, dankbaarheid, troost, schoonheid, het gevoel iets te betekenen voor iemand anders, verbondenheid, ...Het is nooit de bedoeling om mensen te leren 'positief te denken' maar wel om aanwezige positieve emoties te erkennen en te cultiveren. Zij vormen namelijk een belangrijke buffer bij het dragen van pijn en verdriet. Het leven centraal stellen, ook in het aanschijn van de dood, was voor de grondlegster van palliatieve zorg Dame Cicely Saunders reeds een prioriteit:"You matter because you are you, and you matter to the last moment of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die."

Vormingen binnen dit domein kunnen nooit louter gericht zijn op het aanreiken van tools of het volgen van protocollen. Existentiële zorg maakt deel uit van de reguliere zorg en vraagt van de zorgverlener in eerste instantie een bereidheid om deze dimensie te betreden, om in gesprek te gaan met mensen over wie en wat belangrijk is in hun leven, waar ze naar verlangen, waar ze angstig voor zijn. Attitudes als openheid, respect, niet oordelen en authenticiteit staan hierbij centraal. Qua communicatietechnieken gaat het vooral over het verdiepen van een aantal basisvaardigheden: luisteren, vertragen, inzetten van non verbale ondersteunende communicatie, het respecteren en verdragen van stiltes, durven doorvragen, durven expliciteren, durven in het 'niet weten' te blijven. Deze communicatiestijl vraagt moed en bereidheid om de eigen kwetsbaarheid te voelen en zich te laten raken. Om het met de woorden van Dr. Rachel Naomi Raven te staven: "The expectation that we can be immersed in suffering and loss daily and not be touched by it, is as unrealistic as expecting to be able to walk through water without getting wet." Ook deze medaille heeft een andere kant. Door in gesprek te gaan over existentiële thema's ervaren zorgverleners vaak meer voldoening in hun job, rapporteren ze dat ze zich dankbaar voelen om getuige te mogen zijn van een levensverhaal en beschermt dit hen tegen stressoren op het werk. Belangrijke kanttekening hierbij is dat ze zich voldoende opgeleid dienen te voelen én dat deze zorg de nodige ruimte en erkenning krijgt binnen hun werksetting.

__ Angelique Verzelen

Het Cédric Hèle instituut biedt vormingen aan binnen de psychosociale oncologie. De volgende module rond Existentiële Zorg wordt gepland in het najaar van 2027. In deze ervaringsgerichte vorming geven we taal aan de existentiële dimensie, zoeken we naar manieren om deze te concretiseren en hierover in gesprek te gaan.
Bekijk het vormingsaanbod via de QR-code hieronder.

Over ‘compagnons de route’... Existentiële en spirituele zorg

‘Ne mens kan soms te oud worden...’ Alice zucht en probeert een goede houding te vinden. Ze is 93 en verhuisde twee jaar geleden van haar serviceflat naar het woonzorgcentrum.
De voorbije jaren waren jaren waarin haar zicht snel achteruitging, waarin haar mobiliteit sterk verminderde, lichamelijke klachten de bovenhand kregen. Kleine en grotere verliezen stapelden zich op.
Alice probeert elke morgen weer opnieuw de moed en ‘goesting’ te vinden om de dag aan te vatten. En dat wordt moeilijk. ‘Waarom nog? En voor wie?’

Fred is 69 en al meer dan 40 jaar chronisch pijnpatiënt. ‘Ik ben moeten stoppen met werken toen ik 33 was...ik kon echt niet meer. Ik ben eigenlijk ‘opgegeven’ door de dokters. Leer ermee leven, was de boodschap. Ik heb pijnstillers maar die helpen niet echt en ik wil ook niet die hele zware middelen nemen want dan loop ik suf en verdwaasd rond. Maar als mijn leven nog enkel pijn is... als ik nog enkel pijn ben, wat heeft zo’n leven dan voor zin?’

De rode draad doorheen de verhalen van Alice en Fred zijn de gevoelens van machteloosheid, van onzekerheid over de toekomst en van zinloosheid.
Het zijn gevoelens die voortvloeien uit het feit dat ze, voor hen betekenisvolle, zaken zoals mobiliteit, zelfstandigheid, zelfbeschikking, levenskwaliteit, enz. verliezen.

‘Ik ben zwaar gevallen. Drie weken ziekenhuis en nu al een maand hier op kortverblijf om te revalideren. Zal ik nog naar huis kunnen? Ze zeggen dat ik hier nog moet blijven maar niet hoelang dat is. Wie zal dat beslissen?’ Jeanine is 87 en voelt dat belangrijke beslissingen voor haar worden genomen. Er zijn zoveel vraagtekens. Ze voelt zich meer en meer onzeker en bang. ‘Hoe moet het nu verder?’

‘Waarom moet ik nu ziek worden?’ Bij Ria werd een melanoom met uitzaaiingen gevonden. Ze is een actieve vrouw van 72, reist graag en veel. Haar leven wordt plots ‘on hold’ gezet. Niets is meer wat het was.

Ook bij Jeanine en Ria zijn er die gevoelens van onmacht en het gevoel dat alle controle weg is.

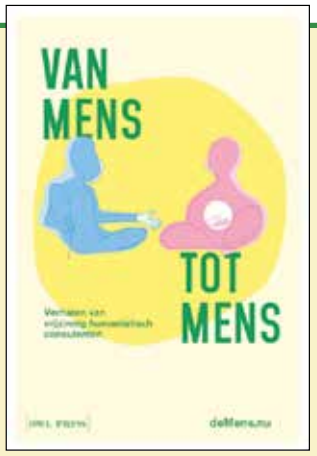
Deze ‘pijn’ die mensen ervaren wordt existentiële of spirituele pijn genoemd en heeft te maken met gevoelens van machteloosheid om nog zin aan het leven te geven.

Ieder van ons wordt tijdens het leven met kwetsbaarheid, met verlies, met eindigheid en existentiële onzekerheid geconfronteerd. En ieder voor zich proberen we aan wat ons overkomt, betekenis te geven.
Betekenis geven aan gebeurtenissen en ervaringen die we meemaken heeft te maken met onze behoefte aan zingeving. Mensen zijn immers zingevende wezens.

Maar wanneer we een ingrijpend verlies ervaren, komt onze zingeving onder druk te staan. We raken uit balans. ‘Niets is meer zoals het was’, ‘Hoe moet het nu verder?’, ‘Waarom nog?’, Heeft dit nog wel zin?’, het zijn signalen van zinverlies en dus van existentiële pijn. Deze zinvragen worden ook wel ‘trage vragen’ genoemd, ze brengen ons naar die oorden van ons bestaan waar we liever van wegblijven. Het gaat over die grote levensvragen over dood, leven, liefde en ziekte.



Meer lezen?



Van mens tot mens. Verhalen van vrijzinnig humanistisch consulenten.
OWL PRESS/Borgerhoff & Lamberigts, 2026
Van mens tot mens bundelt verhalen van vrijzinnig humanistische consulenten: professionals die mensen bijstaan op kwetsbare momenten in hun leven. In een huisvandeMens, op de luchthaven, in het leger of in de gevangenis: op heel verschillende plekken gaan zij in gesprek met mensen die vastlopen, rouwen, twijfelen of opnieuw richting proberen te vinden.
In korte, concrete verhalen maken consulenten zichtbaar wat die begeleiding in de praktijk inhoudt. Hoe een gesprek ruimte kan geven wanneer iemand geen woorden vindt. Hoe aandacht en nabijheid verschil maken op momenten dat het leven schuurt.

Het gaat om desoriënterende ervaringen die mensen voor de uitdaging plaatsen om hun zingeving te herbekijken en eventueel te herschikken. Hun kompas is het noorden kwijt, ze zijn uit koers geraakt.

'Maar wel weven wij vanbinnen onophoudelijk van de dunste, taaiste materie heel precieze en doorzichtige webben, waarin wij datgene vangen dat op zo'n ogenblik misschien wel "zin" genoemd kan worden' Maria Vasalis[1]

Vaak gebruik ik, wanneer ik spreek over zingeving, het beeld van het 'spinnenweb'. Het spinnenweb staat voor onze zingeving. Een spinnenweb is sterk en kan vele weerstypes doorstaan. Maar soms is er iets wat ons spinnenweb (deels) stukmaakt. Wanneer er in de natuur een gat ontstaat in een spinnenweb, zien we dat de spin aan de slag gaat en de losse draden weer probeert te verbinden. Er ontstaat opnieuw een web. Het is weliswaar een ander web want er zijn andere verbindingen gemaakt, er werden bijkomende draden geweven.
Net zo bij mensen, die na een ingrijpend verlies 'aan de slag gaan' met hun zingeving. Ze gaan weven.
Existentiële zorg bestaat erin om als een soort van 'compagnon de route' de ander hierin bij te staan. Niet als 'raadgever' of 'probleemoplosser', wel van mens tot mens, naast en bij de ander mét een groot 'geloof' in de kracht van mensen om betekenis te geven aan hun leven. Want veelal zijn er geen pasklare antwoorden op de vragen waarmee mensen zitten.

Telkens opnieuw banen we ons een weg door het leven en elk van ons moet die weg zelf bewandelen mét die vaak onbeantwoorde vragen. Steeds opnieuw geven we – misschien zelfs met een soort koppigheid – zin aan elke dag, in de wetenschap dat dit leven in essentie zinvol noch zinloos is...
En hier kan diegene die de existentiële/spirituele zorg opneemt van betekenis zijn. Als vrijzinnig humanistisch consulent bestaat dit uit een 'trouw vergezellen'[2] en meekijken en -zoeken naar wat voor die ander de mogelijke verdere weg zou kunnen zijn.
Het vertrekpunt van die zoektocht zijn de waarden, idealen, dromen, overtuigingen, enz., die ieders kompas sturen. Ze geven richting wanneer zekerheden wegvallen en helpen koers te houden.
Als consulent kan je helpen bij het helder en duidelijk krijgen van de zaken die er voor de ander echt toe doen. Je moet het zelf doen maar niet alleen.

Georges is 89 en: 'De dokters geven mij nog twee maanden'. Bijna reflexmatig gaat Georges terugkijken op zijn leven. Georges maakt een balans op van enerzijds kwetsuren en littekens en anderzijds momenten van vreugde en voorspoed. Stilstaan in het hier en nu, terugblikken op wat geweest is en kijken naar wat eventueel nog mogelijk is. Het gaat om meer dan luisteren naar feiten en gebeurtenissen. Het verhaal van Georges wordt een verhaal over zijn zingeving. En dat verhaal is (nog) niet af; de tijd dringt.
Mensen met existentiële pijn ontmoeten is mensen ontmoeten die zich vaak in situaties bevinden waarin weinig of geen perspectief is, situaties waarin niets te verhelpen is, situaties waarin het 'probleem' niet zal verdwijnen. De gemeenschappelijke noemer is 'onmacht'.
Als consulent is het een zaak om uit de 'oplossingsmodus' te stappen en toch bij de ander te blijven door bewust voor de 'onmachtspositie' te kiezen. Het gaat er hier niet om zich neer te leggen bij overmacht noch om moedeloosheid. Het is ook geen passieve rol.
De essentie hier is om oog en oor te hebben voor het verhaal van de ander (toen, nu en straks), met een grote portie aan geduld en met afwachten en toch alert blijven voor wat er al dan niet bij de cliënt gebeurt. Het gaat erom het kleine te zien, de kleine veranderingen in houding en spreken, in woorden en vooral in betekenis. Trouw vergezellen impliceert een andere manier om met onmacht om te gaan.

Het gaat erom dat consulent en cliënt samen een weg inslaan met open einde, om een nabijheid in medemenselijkheid. Van mens tot mens.

1. Dankwoord bij de aanvaarding van de P.C. Hooftprijs, Tirade, 1984, nr. 290, p.10

2. Baart, Andries, Het kunnen uithouden. De kracht van machteloosheid, 2024, p.7-9 https://andriesbaart.nl/essay-het-kunnen-uithouden/

samengesteld door Sabien Bauwens

Existentieel lijden: intensieve zorg en communicatie vanuit een existentiële therapie-benadering bij de zorg voor ernstig zieken

Existentieel lijden is niet altijd gemakkelijk te herkennen. Het uit zich niet noodzakelijk in uitgesproken vragen over de zin van het leven of angst voor de dood. Soms wordt het zichtbaar in alledaagse zorgsituaties: een patiënt die zich terugtrekt, zich schaamt voor zijn afhankelijkheid of het gevoel heeft anderen tot last te zijn.
Hoe kunnen zorgverleners deze signalen herkennen en er op een betekenisvolle manier op reageren? Tarbi en collega´s verkennen deze vraag vanuit de existentiële therapie en de kaders van waardigheid en ´Intense Zorg´. Aan de hand van een herkenbare patiëntencasus tonen ze hoe aandacht voor identiteit, waardigheid en verbondenheid kan doorwerken in de dagelijkse zorg.

De casus van meneer B

Meneer B is een 72-jarige gepensioneerde mecanicien, vader en grootvader met gedecompenseerde levercirrose. Hij heeft refractaire ascites, terugkerende gastro-intestinale bloedingen en een achteruitgaande nierfunctie. Zijn familie hoopt op een levertransplantatie, terwijl hij zich terugtrekt en moeilijk over zorgdoelen spreekt.

Zijn lijden wordt zichtbaar wanneer hij vertelt dat hij zijn kleinkinderen had willen zien opgroeien. Tijdens hulp bij het gebruik van een bedpan beschrijft hij zijn afhankelijkheid als vernederend: vroeger zorgde hij voor iedereen, nu kan hij niet meer voor zichzelf zorgen.

De bedpan krijgt daardoor een betekenis die verder gaat dan lichamelijke ongemakken. Ze confronteert hem met verlies van privacy, zelfstandigheid, controle en zijn vertrouwde rol als verzorger. Zijn terugtrekking kan een signaal zijn dat deze verliezen hem overweldigen.

Vier existentiële spanningsvelden

De auteurs gebruiken vier spanningsvelden van psychotherapeut Irvin Yalom om de verschillende lagen van zijn lijden te begrijpen.

Leven tegenover eindigheid : meneer B wordt geconfronteerd met een toekomst die mogelijk wordt afgebroken. Zijn verdriet over zijn kleinkinderen gaat ook over alles wat hij nog wilde beleven en doorgeven.

Vrijheid tegenover verantwoordelijkheid : zijn afhankelijkheid beperkt zijn handelingsmogelijkheden en bedreigt zijn gevoel van controle. Hij herkent zichzelf moeilijk in zijn huidige toestand.

Afzondering tegenover verbondenheid : de verschuiving van zorger naar zorgontvanger kan gevoelens van eenzaamheid, overbodigheid of belasting oproepen, ook wanneer familie aanwezig is.

Betekenis tegenover betekenisloosheid : vertrouwde rollen en toekomstplannen verliezen hun vanzelfsprekendheid. Daardoor wordt onzeker wat zijn leven nu nog waardevol maakt.

Deze spanningsvelden overlappen. Ze helpen zorgverleners mogelijke behoeften achter uitspraken te herkennen en daarover vragen te stellen, zonder vooraf vast te leggen wat de patiënt ervaart.

Identiteit en waardigheid

Een centraal begrip is 'fractured personhood' (gefragmenteerd persoon-zijn): ziekte verstoort de samenhang van iemands identiteit. Meneer B kent zichzelf als een zelfstandige probleemoplosser en verzorger. Zijn huidige afhankelijkheid botst met dat zelfbeeld.

Identiteit ontstaat bovendien binnen relaties. Hoe familieleden en zorgverleners iemand benaderen, beïnvloedt of die zich als volwaardig persoon gezien voelt. Bij achteruitgang van functioneren, communicatie of cognitie kan iemand steeds minder deelnemen aan gesprekken en beslissingen. De auteurs spreken over mogelijke 'sociale dood': iemand leeft nog, maar raakt sociaal en klinisch naar de achtergrond.

De patiënt verliest daarmee niet zijn menselijke waardigheid. Wel kan zijn ervaring van waardigheid worden aangetast. Ondersteuning vraagt erkenning van blijvende waarden én ruimte voor veranderende rollen en prioriteiten.



© gfi freepik

De vijf pijlers van 'Intense Zorg'

Intense Zorg is een relationele houding die in dagelijkse zorgcontacten laat ervaren dat de patiënt gezien wordt en ertoe doet.

Niet verlaten

De zorgverlener blijft betrokken, ook wanneer het lijden niet volledig oplosbaar is. Dat vraagt empathische, niet-veroordelende aanwezigheid en duidelijkheid over blijvende ondersteuning.

Bij meneer B kan men erkennen hoe ingrijpend het is om hulp te aanvaarden nadat hij jarenlang voor anderen heeft gezorgd. Een passende reactie is bijvoorbeeld: "We willen samen blijven zoeken naar wat dit voor u draaglijker kan maken."

Daarnaast kunnen bestaande hulpbronnen worden verkend: wat hielp vroeger tijdens moeilijke periodes en hoe kan die steun opnieuw bereikbaar worden? Gewenste familiebetrokkenheid en bewust rustige contactmomenten kunnen verbondenheid bevorderen.

De persoon erkennen

Zorgverleners tonen belangstelling voor wie iemand is, wat die belangrijk vindt en hoe die gezien wil worden. De centrale vraag hierbij luidt: "Wat moet ik over u als persoon weten om u de best mogelijke zorg te geven?"

Bij meneer B kunnen zorgverleners blijvende aspecten van zijn identiteit herkennen: zijn probleemoplossende houding als mecanicien en zijn zorg voor zijn familie.

Daarnaast moet erkenning doorwerken in de dagelijkse zorg: "Wat is op dit moment het belangrijkst voor u als het gaat om uw lichaam en privacy?"

Gesprekken met naasten kunnen ruimte bieden voor herinneringen, waardering, levenslessen, vergeving en afscheid. Het vragenkader Dignity Talk (een lijst met vragen die helpt bij praten over waardig levenseinde) kan zulke uitwisselingen ondersteunen.

Verkennen wat mogelijk blijft

De auteurs willen ruimte behouden voor hoop en betekenis zonder verliezen te minimaliseren. De familie hoopt op transplantatie, maar wat meneer B zelf hoopt, blijft onduidelijk. Daarom is het belangrijk zijn eigen verwachtingen te onderzoeken.

Hoop kan betrekking hebben op comfort, rust, contact of iets kunnen doorgeven. Een vraag is: "Waar hoopt u vandaag op, naast een mogelijke transplantatie?"
Hoop en hopeloosheid kunnen naast elkaar bestaan. Foto's, muziek, brieven en gebeurtenissen op korte termijn kunnen betekenis ondersteunen. Dit vraagt gevoeligheid: de patiënt hoeft geen positieve betekenis te vinden voordat hij daar ruimte voor heeft »»

Waardigheid bevestigen

Mededogen, respect, oprechtheid, betrouwbaarheid en aandacht vormen de basis van therapeutische aanwezigheid. De patiënt moet kunnen ervaren dat zijn waarde behouden blijft bij kwetsbaarheid en afhankelijkheid.

Luisteren en aanwezig blijven kunnen betekenisvol zijn wanneer zorgverleners zich machteloos voelen. Vragen naar wat iemand een gevoel van doel of verbondenheid geeft, kunnen helpen. Ook vertrouwde routines verdienen aandacht: kleine dagelijkse activiteiten kunnen belangrijke prestaties zijn en continuïteit bieden.

Therapeutische bescheidenheid

Deze pijler vraagt dat zorgverleners hun behoefte aan een onmiddellijke oplossing kunnen loslaten. Ze verdragen onzekerheid en onderzoeken de ervaring van de patiënt met een open houding.

Verdriet en dankbaarheid, hoop en stervensbesef, afzondering en nabijheid kunnen tegelijk aanwezig zijn. Die spanning hoeft niet meteen opgelost te worden. Ruimte ervoor kan soms helpen om anders met het lijden om te gaan. Existentiële groei is daarbij een mogelijkheid, geen verwachte of gegarandeerde uitkomst.

Waarom de vijf pijlers samenhangen

De onderdelen overlappen bewust. Wie belangstelling toont voor het levensverhaal, kan tegelijk verbondenheid herstellen, waardigheid bevestigen en nieuwe bronnen van hoop zichtbaar maken. Het zijn daarom vooral oriëntaties voor een gesprek en voor dagelijkse zorg, geen vast stappenplan dat bij iedere patiënt volledig moet worden doorlopen.

De koppeling tussen begrip en handelen is de kern van het artikel:

- Identiteit: Erkennen wie iemand is en hoe diens identiteit verandert.
- Verbondenheid: Betrokken blijven en gewenst contact ondersteunen
- Controle en waardigheid: Voorkeuren, privacy en persoonlijke betekenis serieus nemen
- Hoop en betekenis: Samen onderzoeken wat belangrijk en mogelijk blijft
- Vermogen om onzekerheid te dragen: ruimte laten voor verdriet, twijfel en tegenstrijdigheid

Bedenkingen en beperkingen

De vijf pijlers vormen geen vast stappenplan. Ze overlappen en verbinden gesprekken met dagelijkse zorg. De auteurs benadrukken dat hiervoor tijd, scholing en interdisciplinaire samenwerking nodig zijn. Bij ernstig of complex existentieel lijden kan gespecialiseerde psychologische, psychiatrische of spirituele ondersteuning aangewezen zijn.

De kracht van het artikel ligt in de vertaling van abstracte begrippen naar herkenbare situaties en bruikbare gesprekstaal. Een beperking is dat het zelf geen behandelingseffect aantoont. Het biedt vooral een klinisch denkkader: onderzoeken wat ziekte bedreigt in het leven van deze persoon en die kennis laten doorwerken in de zorg.

Tarbi E, Sofronas M, Chammas D, Brenner K, Galchutt P, Chochinov HM. Existential Suffering: Intensive Caring and Existential Therapy Informed Communication for Serious Illness Care. Journal of Palliative Medicine. 2026;29(8):1131-1136. doi:10.1177/10966218261457801

Verzoeken om Nederlanders

De onderzoekers wilden in kaart brengen hoe vaak dergelijke verzoeken voorkomen, welke kenmerken deze jonge patiënten hebben en hoe het beoordelingsproces verloopt. Hiervoor maakten zij gebruik van een retrospectieve cohortebenadering, waarbij dossiers en casuïstiek van euthanasieverzoeken van het Nederlands expertisecentrum voor Euthanasie in de periode 2012 tot 2021 werden geanalyseerd. De studie includeerde 397 verzoeken ingediend door 353 individuen, jonger dan 24 jaar. De geselecteerde groep was voor 73% vrouwelijk, en had een gemiddelde leeftijd van 20,8 jaar. Niet alleen naar de demografische gegevens werd er gekeken, ook naar de psychiatrische diagnoses, de behandelgeschiedenis en de uiteindelijke uitkomst van het verzoek (toewijzing, afwijzing of intrekking).

De meest voorkomende uitkomst was dat de aanvraag door de patiënt werd ingetrokken (188 of 47,3%), gevolgd door afwijzing van de aanvraag (178 of 44,8%). Bij 12 aanvragen (3,0%) overleden patiënten door euthanasie. Zeventien aanvragen (4,3%) werden stopgezet omdat de patiënt tijdens de aanvraagprocedure zelfmoord pleegde en 2 (0,5%) omdat de patiënt overleed nadat hij of zij vrijwillig was gestopt met eten en drinken. Alle patiënten die door zelfmoord of euthanasie overleden (n = 29) hadden meerdere psychiatrische diagnoses (meestal ernstige depressie, autismespectrumstoornis, persoonlijkheidsstoornissen,

medische hulp bij sterven door jonge met psychiatrische stoornissen

In dit artikel brengen Schweren en zijn collega´s verslag uit van hun onderzoek over euthanasieverzoeken bij jonge mensen in Nederland met uitsluitend psychiatrische aandoeningen. De studie is ingebed in de Nederlandse context, waarin euthanasie onder strikte wettelijke voorwaarden mogelijk is, ook wanneer er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden zonder somatische aandoening.

eetstoornis en/of trauma-gerelateerde stoornis) en een uitgebreide behandelingsgeschiedenis. Achtentwintig van deze patiënten (96,5%) hadden een geschiedenis van suïcidaliteit, waaronder meerdere zelfmoordpogingen voorafgaand aan de euthanasieaanvraag. Van de 17 patiënten die door zelfmoord overleden, hadden 13 van de 14 (92,9%) een voorgeschiedenis van ziekenhuisopname in verband met een crisis, en 9 van de 12 patiënten die door euthanasie overleden (75,0%) hadden een voorgeschiedenis van zelfbeschadiging.

Uit de studie blijkt dat het aantal euthanasieverzoeken onder jonge mensen met psychiatrische stoornissen in de onderzochte periode is toegenomen. Ondanks deze stijging blijft het absolute aantal relatief laag, en wordt slechts een klein deel van de verzoeken uiteindelijk ingewilligd. Dit wijst op een zeer terughoudende houding in de praktijk. De meerderheid van de verzoeken wordt afgewezen of niet voltooid, vaak omdat niet aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan of omdat er nog behandelopties beschikbaar worden geacht.

De patiënten die een verzoek indienen vormen een klinisch complexe groep. Zij hebben vrijwel altijd meerdere psychiatrische diagnoses, zoals depressieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, autismespectrumstoornissen of trauma-gerelateerde problematiek. Daarnaast is er meestal sprake van een langdurige psychiatrische voorgeschiedenis, waarin verschillende behandelingen — waaronder medicatie, psychotherapie en soms klinische opnames — zonder voldoende resultaat zijn toegepast. Suïcidaliteit speelt in veel gevallen een belangrijke rol, vaak in chronische vorm.

Het beoordelingsproces van een euthanasieverzoek bij psychiatrisch lijden blijkt bijzonder intensief en langdurig. In Nederland vereist dit onder meer dat het lijden als ondraaglijk en uitzichtloos wordt beschouwd, dat de patiënt wilsbekwaam is en dat meerdere onafhankelijke artsen, waaronder psychiaters, het verzoek beoordelen. In de praktijk betekent dit dat patiënten vaak meerdere gesprekken en evaluaties ondergaan, en dat het traject maanden tot jaren kan duren. Vooral bij jonge patiënten wordt extra voorzichtigheid betracht, onder andere vanwege de mogelijkheid van verdere psychologische ontwikkeling en het potentieel voor toekomstige behandelopties.

De auteurs benadrukken dat deze casussen gepaard gaan met aanzienlijke ethische en klinische dilemma's. Enerzijds is er het respect voor autonomie en het serieus nemen van ernstig lijden; anderzijds bestaat er terughoudendheid vanwege de behandelbaarheid van psychiatrische aandoeningen en de ontwikkelingsfase van jonge mensen. De studie benadrukt dat het beoordelen van "uitzichtloosheid" bij psychisch lijden fundamenteel moeilijker is dan bij somatische aandoeningen.

Conclusie

Het artikel laat zien dat euthanasieverzoeken bij jonge mensen met psychiatrische stoornissen weliswaar toenemen, maar dat daadwerkelijke uitvoering zeldzaam blijft en alleen plaatsvindt na een zeer zorgvuldig en streng proces. De bevindingen benadrukken de noodzaak van voortdurende klinische voorzichtigheid, verdere richtlijnontwikkeling en aanvullend onderzoek naar deze kwetsbare en complexe patiëntengroep. Dit onderzoek legt de vinger op de onvervulde behoeften van vrouwelijke adolescenten met complexe psychiatrische problemen en benadrukt het belang van suïcidepreventie bij de behandeling van deze groep.

Schweren LJ, Rasing SP, Kammeraat M, et al. Requests for Medical Assistance in Dying by Young Dutch People With Psychiatric Disorders. JAMA Psychiatry. 2025;82(3):246–252. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.4006

agenda

Communicatie in palliatieve zorg (3-daagse opleiding)

Data:
• 16 november
• 24 november
• 8 december
van 9u30 tot 16u30

Locatie:
W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

Info en inschrijvingen:
www.palliatiefnetwerkomega.be

Vorming "Palliatieve zorg voor mensen met een verslavings–problematiek"

Data:
maandag 7 december 2026
van 13u tot 16u

Locatie:
W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

Info en inschrijvingen:
www.palliatiefnetwerkomega.be

Basiscursus palliatieve zorg voor vrijwilligers

Data:
8 vrijdagvoormiddagen
van 9u30 tot 12u30
• 29 januari 2027
• 5, 19 en 26 februari 2027
• 5, 12, 19 en 26 maart 2027

Locatie:
W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

Info en inschrijvingen:
www.palliatiefnetwerkomega.be

het Palliatief uurtje

Het palliatief uurtje: Divers-sensitieve palliatieve thuiszorg: uitdaging of meerwaarde?

Datum:
maandag 22 februari 2027
van 14u tot 15u

Locatie:
Online

Info en inschrijvingen:
www.palliatiefnetwerkomega.be

Escape game 'Euthanasievraag bij ouderen met polypathologie'

Datum:
Maandag 8 maart 2027
van 13u tot 16u

Locatie:
W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

Info en inschrijvingen:
www.palliatiefnetwerkomega.be

E-module: Omgaan met levensgrote vragen en pijn

Met deze e-module willen we een aantal belangrijke concepten verduidelijken en voelsprieten ontwikkelen om existentiële pijn te detecteren. Hoe kan je mensen hier zelf een stuk in begeleiden en naar wie kan je doorverwijzen wanneer dat gewenst is.

Info en inschrijvingen:
www.palliatiefnetwerkomega.be
of scan de QR-code hiernaast.

partners

de apotheker
LIGA VOOR MENSEN RECHTEN
brussel
van
universitaire associatie BRUSSEL
Artsen krant
Nationale Loterij
Cédric Hèle instituut
VUB VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
BOND ZONDER NAAM VANUIT HET HART
NVKVV
UZ GENT
Odisee DE CO-HOGESCHOOL
maakbare mens vzw
Vlaanderen verbeelding werkt
de mens.nu is vrijzinnig humanistisch
RIZIV
Ferm thuiszorg
VLAAMS-BRABANT
Huis voor Gezondheid draagt ZORG in Brussel
wit-gele kruis
i-mens thuis in zorg aan huis
HUMANISTISCH VERBOND
federale overheidsdienst VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU
Familiehulp we zijn er voor jou
Met steun van Kom op tegen Kanker
erasmus HOGESCHOOL BRUSSEL
Vlaams Patiëntenplatform
FNBV FEDERALE NEUTRALE BEROEPSVERENIGING VERPLEEGKUNDIGEN
FONDS ZUSTER LEONTINE
Koning Boudewijnstichting
Universitair Ziekenhuis Brussel