**Overzicht**

Inleiding

Wie kan er terecht in Reakiro?

Wat willen we bereiken met Reakiro?

Vanuit welke waarden werken we?

Op welke wijze willen we deze waarden herkenbaar maken in onze concrete werking?

Waarop botsen we?

**Inleiding**

**Reakiro is gericht op het begeleiden van mensen met een euthanasievraag omwille van ondraaglijk psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening. Euthanasie wordt gezien als een uitzonderlijke laatste stap, zoals wettelijk mogelijk in België.  
We blijven in Reakiro gericht op het leven en herstel en het is onze hoop dat de personen die te gast zijn** **kiezen voor het spoor van het leven**[[1]](#footnote-1)**.**

De specifieke context en de complexiteit van deze euthanasievragen (bv. voor wat betreft de evaluatie van de medische uitzichtloosheid en de wilsbekwaamheid) zijn voor ons geen reden voor een principiële afwijzing van de mogelijkheid van euthanasie bij psychiatrisch lijden. Wel is dat een reden voor bijkomende zorgvuldigheidsvereisten en gepaste terughoudendheid zoals uitgewerkt in de visieteksten en adviezen van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, 2017), de Orde der Artsen[[2]](#footnote-2), het Belgisch Raadgevend comité voor Bioethiek - advies nr. 73, Zorgnet-Icuro en van de bij Reakiro betrokken partners[[3]](#footnote-3).

**Wie kan er terecht in Reakiro?**

**Gasten die, ten gevolge van een ondraaglijk psychisch lijden aan en onder een psychiatrische aandoening, worstelen met levenszinvragen of een aanhoudend verlangen om op deze manier niet verder te leven, alsook hun naastbetrokkenen en hun betrokken hulpverleners. Reakiro kiest er uitdrukkelijk voor om de evaluatie of uitklaring van het euthanasieverzoek gescheiden te houden van wat Reakiro biedt aan zijn gasten.**

De evaluatie van een euthanasieverzoek brengt onvermijdelijk een dynamiek teweeg: de persoon in kwestie wil de evaluator ervan overtuigen dat de euthanasievraag standvastig, weloverwogen, herhaald en duurzaam is en dat euthanasie de enige resterende optie is. Vanuit de (niet noodzakelijk terechte) vrees dat de euthanasievraag minder ernstig zal genomen, of sneller negatief beantwoord zal worden, ontstaat er onvermijdelijk een zekere terughoudendheid om te spreken over twijfels, over ambivalentie, over zaken die nog wel goed gaan of het leven soms nog (al is het maar even) de moeite waard maken, over ‘herstelvonken’, over betere of draaglijkere dagen, enz. Alleen door de evaluatie van het euthanasieverzoek gescheiden te houden van het aanbod, slaagt Reakiro er in een plaats te zijn waar vrijuit kan gesproken worden, waar ruimte is voor (exploratie van) ambivalentie, zinverlies én zingeving, dood én leven. De evaluatie van een euthanasieverzoek valt daarom buiten de scope van Reakiro.  
De partners in Reakiro verbinden zich er toe om de uitklaring van euthanasievragen van mensen die bij hen in zorg of behandeling zijn, op te nemen binnen hun respectievelijke organisaties, parallel met de voortgezette zorg in die organisaties en met een eventueel traject in Reakiro. Wie vanuit een andere organisatie naar Reakiro verwezen wordt, is welkom in het zorg- en opvangaanbod van Reakiro, maar wordt voor de uitklaring van zijn of haar euthanasieverzoek verwezen naar de organisatie waar die in zorg is.

Naast onze gastenwillen we bij Reakiro ook aan hun naasten de ruimte bieden voor gesprek. Naast het krijgen van informatie omtrent de procedure van euthanasie, kunnen ze ook terecht om te spreken over wat het voor hen betekent dat iemand die hen dierbaar is een vraag stelt naar euthanasie of een doodsverlangen heeft.

Bij voorkeur voeren we gesprekken met de gasten en hun naasten samen. Toch kan dit (tijdelijk) niet haalbaar of wenselijk zijn. In dat geval kunnen gasten en hun naasten ieder met een afzonderlijke hulpverlener van Reakiro spreken. Omdat we een kader willen scheppen dat voldoende veiligheid biedt aan onze gasten, zal er steeds transparantie zijn over het eventuele contact met naasten. De wens van de gast staat hierbij voorop en zal steeds voorrang krijgen op de wensen en noden van naasten. In situaties waarbij deze noden mekaar tegenspreken, zullen naasten worden verwezen naar Similes of andere geestelijke gezondheidszorg (ggz)-instanties.

**Wat willen we bereiken met Reakiro?**

* **We willen een vrijplaats bieden voor het exploreren van ambivalentie met betrekking tot de vragen waarmee de gasten worstelen.**
* **We willen gasten helpen komen tot een zoveel mogelijk weloverwogen, vrije en authentieke keuze in hun zoeken tussen verlies van perspectief en de weg van hoop en herstel, in hun zoeken tussen leven en dood. Het is de gast die ultiem en in een zo groot mogelijke mate van vrijheid de beslissing(en) neemt.**

Dit gaat voor ons hand in hand met openheid voor en acceptatie van de mogelijkheid van euthanasie, en respect voor de eventuele weloverwogen, authentieke keuze voor de dood. We gaan ervan uit dat de meeste mensen die bij ons langskomen een ambivalentie voelen. Iedereen heeft zich te verhouden tot het leven en tot de dood. De ambivalentie is inherent aan de dialogen die we voeren.  
Via welke methode bepalen wij dan of we aandacht schenken aan de hoop op leven dan wel eerder aan de aanvaarding van de euthanasiewens? We zetten presentie en empathie in om mee te voelen op welk punt onze gast staat. Soms zal dit dichter aanleunen bij een euthanasiewens, maar later – nog in hetzelfde gesprek of misschien de week of de maand erop – zou dit kunnen verschuiven naar hoop op een draaglijk leven. Als medewerker van Reakiro blijven we voortdurend voeling houden met beide polen van dit spanningsveld, ook op momenten dat onze gast de voeling met de andere pool (tijdelijk) verliest.

**Vanuit welke waarden werken we?**

**Vanuit een open en zorgzame basishouding willen we met respect voor de inherente waardigheid, de autonomie in verbondenheid en de vrijheid van elke mens op een non-directieve manier aanwezig zijn. Door ruimte te geven aan het vrij mogen kiezen voor de dood, het mogen sterven, kan er ook ruimte ontstaan om (opnieuw) te kunnen kiezen voor het leven. De ruimte die ontstaat vanuit de openheid voor de mogelijkheid van euthanasie, exploreren we ten volle, zowel m.b.t. het perspectief van het willen sterven als m.b.t. het perspectief van het leven. Naast de exploratie van het willen sterven is er een actieve gerichtheid op herstel en het leven aanwezig.**

**Gezien de impact die een vraag om euthanasie ook op de betrokken naasten heeft, exploreren we - samen met de gast en met diens toestemming ook alle mogelijke verbindingen die de gast heeft met betrokken naasten.**

**Het is onze verantwoordelijkheid om zo goed als we kunnen de beleving, de waarden van onze gasten in te voelen en terug te geven in de dialoog. We zullen daarbij ook trachten om onze eigen kijk, mogelijk verschillend van deze van de gast, mee betrekken in de dialoog. . In de weerspiegeling van dit spanningsveld hopen we hen een grotere helderheid te schenken, waardoor ze een weloverwogen keuze kunnen maken in hun verhouding tot leven en dood.**

**Waardigheid en evenwaardigheid van de mens**

De ‘inherente waardigheid’ van elke mens is gegrond in het feit dat ieder mens een uniek wezen is dat deel uitmaakt van de samenleving. Het ‘mede’mens zijn impliceert evenwaardig mens zijn. Dat deze waardigheid inherent is, betekent dat ze behoort tot het wezen van de mens, dat ze uit niets anders is afgeleid, en dus noodzakelijk en onafscheidelijk samenhangt met het mens zijn. De waardigheid mag dan ook op geen enkel mogelijke manier aangetast of gereduceerd worden door b.v. ras, geslacht, seksuele geaardheid, ‘ziek zijn vs. niet ziek zijn’, ‘het hebben van een job of niet’, ‘het hebben van één of andere kwetsbaarheid’, enz.

Zie citaat uit het ‘Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, Hoofdstuk 1, artikel 1: ‘De menselijke waardigheid is onschendbaar.’

Het is onze betrachting ervoor te zorgen dat iedere gast in het Reakirohuis zich op deze manier benaderd en bevestigd voelt in zijn menselijke waardigheid.

**Autonomie in verbondenheid**

De autonomie van elke mens is een fundamentele, doch geen absolute waarde. We zien de mens als individueel autonoom én als een relationeel wezen: vrij om zelf keuzes te maken en autonoom in verbondenheid met andere mensen. Relationele autonomie is een rijk en complex concept, dat vanuit diverse filosofische bronnen op complementaire wijze wordt geformuleerd (Gomez Virsedal, de Maeseneer , & Gastmans) .

In het personalisme wordt de menselijke persoon centraal geplaatst: niet het individu en zijn eigenbelang, maar de mensen in hun verbondenheid met zichzelf, de ander, de wereld en het transcendente. Als mens zijn we immers geen eiland. Vanaf onze geboorte, doorheen onze kindertijd en volwassenheid wordt ons leven getekend door relaties (KU Leuven, Personalisme).

Autonomie als vrijheid om zelf keuzes te maken, is een relationele aangelegenheid omwille van de verbondenheid met anderen die deze keuze ondersteunen, bevestigen of er juist tegen ingaan. Deze keuzes zijn ingebed in het bredere levensverhaal en de –geschiedenis van iemand. Een implicatie van deze ‘autonomie in verbondenheid’ is dat een euthanasievraag enerzijds serieus moet genomen worden als een vraag van die persoon en dat er anderzijds oog is voor de relationele aspecten die eraan verbonden zijn. Breder dan de euthanasievraag, heeft een psychiatrische kwetsbaarheid op zich te maken met (verstoorde) connectie en interactie met anderen en met de wereld (Vandenberghe, 2017). Bijgevolg is het van groot belang dat ook de betrokken naasten en de omgeving, mits toestemming van de gast, een plaats krijgen in het euthanasietraject en daarbuiten, waaronder ook bij Reakiro. Familieleden en betrokken naasten van gasten zijn welkom in het inloophuis. Ook als er geen link is met een gast in huis, kunnen zij in Reakiro terecht voor ondersteuning (informatie of een gesprek). Vanuit Reakiro stellen we het doel voor ogen dat op termijn een traject voor naastbetrokkenen, in de vorm van lotgenotencontact, wordt opgezet in samenwerking met Similes en het Familieplatform.

**Het nastreven van een zo groot mogelijke wederzijdse authenticiteit met de gasten**

Met authenticiteit in de relatie bedoelen we dat we ons bewust zijn van en rekening willen houden met de unieke persoonlijkheid van elke gast, alsook de kwetsbaarheden van die gast en met onze eigen kwetsbaarheden en expertise. We veronderstellen dat onze authenticiteit of ‘echt’ zijn zich toont als we voeling hebben met onze eigen innerlijke belevingswereld en alle assumpties die daarbij horen. Dit noemen we congruentie. Authenticiteit wil zeggen dat de beleving van de gesprekspartners ook transparant en congruent overeenstemt met wat in de dialoog wordt weergegeven.

We leggen vanuit onze oprechte interesse de focus bij hetgeen de gast aanbrengt en we durven ons hierdoor te laten raken. Het ook bespreekbaar maken van dit geraakt zijn, is onderdeel van het bouwen aan de relatie.

**Op welke wijze willen we deze waarden herkenbaar maken in onze concrete werking?**

**Reakiro is geen op zichzelf staand aanbod. We willen complementair zijn en samenwerken met de aanwezige hulpverlening. Indien er geen huisarts, psychiater of psycholoog betrokken is, zullen wij inspanningen doen om samen met de gasten een hulpverlenersnetwerk te zoeken. Reakiro wil liefst invoegen in het bestaande weefsel en dit ‘weefsel aan hulpverleners’ inspireren op vlak van gepaste zorg voor deze specifieke doelgroep.**

**We willen dit bereiken door het hanteren van een kwaliteitsvolle breedhoekbenadering.**

**Deskundig en kwaliteitsvol omgaan met vragen naar euthanasie**

De processen (b.v. overdracht en tegenoverdracht) die spelen in relatie tot onze gasten vragen expertise van de teamleden, een minimum aan (zelf-)reflectie, alsook een transparantie om hier openlijk over te kunnen spreken tijdens teamoverleg en intervisiemomenten.

Om onze eigen beleving en assumpties te leren kennen (zie supra bij waarden) en zo authentiek mogelijk aanwezig te zijn in contact met de gast, gaan we in vorming, supervisie en intervisie bij uiteenlopende disciplines (psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, ervaringsdeskundigen, ethici, filosofen, pastoraal werkers, enzovoort) zodat we onze blinde vlekken in dit werk zo goed als mogelijk kunnen leren herkennen en zodat we de impact ervan op de dialoog kunnen inschatten. We gaan er immers vanuit dat het beter is om in relatie te treden met een scherp bewustzijn van de eigen beweegredenen en we willen nagaan of deze al dan niet aansluiten bij de goede zorg voor de persoon die voor ons zit.

De zorgpartners willen we ondersteunen in het waarmaken van een transparant ethisch beleid omtrent levenseindezorg voor mensen met een euthanasieverzoek ten gevolge van ondraaglijk psychisch lijden door een ernstige psychiatrische aandoening. Dit doen we door in direct overleg te gaan of vormingsmomenten (b.v. rond een specifieke casus) aan te bieden. Op die manier raken onze zorgpartners vertrouwd met ons model en leren ze dit model te integreren in hun eigen werking.

**Breedhoek**

* + - de mens benaderend in al zijn/haar aspecten holistisch);
    - openheid voor het perspectief op het verderzetten van het leven én het perspectief op het beëindigen van het leven;
    - de mens benaderend in zijn context;

We willen deskundig en kwaliteitsvol omgaan met vragen naar euthanasie door een een nieuw zorg- en opvangmodel aan te bieden waarin *vier pijlers* worden geïntegreerd: presentie, de palliatieve benadering, de herstelvisie en de existentiële dimensie.

De presentiebenadering (Andries Baart) is de eerste pijler en gaat uit van de relationele afstemming tussen zorggever en zorgvrager als basis voor hulp en steun. Goede zorg ontstaat vanuit het zoeken naar de werkelijke vragen van de zorgvrager, naar wat voor hem of haar op het spel staat. De zorggever vertrekt vanuit die vraag en stemt de zorg daarop af, op wat  hij of zij nodig heeft. De presentiebenadering gaat over het er écht zijn voor de ander, over de kwaliteit van het aanwezig zijn bij de ander zodat een vertrouwensrelatie wordt opgebouwd die verder gaat dan een klassieke hulpverlenersrelatie. De ander voelt zich gezien en gehoord en voelt zich volwaardig en evenwaardig mens. Door de ander onvoorwaardelijk te accepteren, ontstaat er ruimte voor wat zich niet laat maken of afdwingen (Baart , 2011).

De tweede pijler, de palliatieve benadering, verwijst etymologisch naar ‘pallium’ of mantel. Palliatieve zorg is als een zorgzame mantel of koesterend omhulsel en wordt meestal geassocieerd met vooral somatisch lijden in een terminale situatie. Bij de uitwerking van dit project willen we palliatieve zorg ook vertalen naar ondraaglijk psychisch lijden in een niet-terminale situatie (Trachsel & et al, 2016). Volgende elementen komen daarin naar voren en zullen inhoudelijk verder uitgewerkt worden: het loslaten van therapeutische doelen en/of vermijden van therapeutische hardnekkigheid, met het oog op het creëren van een comfortabele en kwaliteitsvolle levenssituatie voor de persoon met een ernstige psychische kwetsbaarheid; en het consequent uitgaan van de wensen van die persoon. In dialoog met de visie van de zorgverleners wordt vervolgens ingezet  op de vier dimensies van betekenisgeving die ook voor somatische pijn cruciaal zijn: lichamelijk, psychisch, sociaal en existentieel[[4]](#footnote-4).

De derde pijler, herstel of de herstelvisie, staat niet voor reparatie of genezing bij een ernstige psychische kwetsbaarheid, maar wel voor het boeiendere, zij het ook moeizamere proces om een persoonlijke balans te hervinden na ervaringen van (heftige) psychische ontwrichting en het tegelijkertijd accepteren van de contouren ervan. Men groeit over de ingrijpende gevolgen van een psychiatrische aandoening heen en ontdekt daarbij (verloren gewaande) mogelijkheden voor een vervullend leven met of ondanks de psychische kwetsbaarheid. Men ontdekt de eigen krachten en ervaart bij lotgenoten hoe zij hun weg banen met een psychische kwetsbaarheid. Uit die ontdekkingstocht put men de kennis dat een herstelproces een hoogst individuele en unieke zoektocht betreft, waarin een ieder eigen klemtonen zet in het zoeken naar nieuwe hoop en zin in het leven (Callebert, 2017). We zien herstel als een persoonlijk, individueel en ook als een interactioneel proces, in relatie tot de medemens en de maatschappij.

De existentiële zorg als vierde pijler gaat met grote zorg en aandacht in op de levensvragen bij de persoon met een ernstige psychische kwetsbaarheid (Eneman, Sabbe, & Corveleyn, 2020). Onze benadering betreft vooral een luisteren naar de werkelijke vragen rond de zin van of het gemis aan zin van het geleefde leven en het eigen lijden van de patiënt. Die zinvragen hebben meestal te maken met spanningsvelden in de zinbeleving. Voorbeelden van dergelijke spanningsvelden zijn het zoeken naar de zin, de betekenis of het doel van het eigen leven tussen oorsprong en bestemming, tussen lijden en welzijn, tussen eenzaamheid en verbondenheid, tussen afhankelijkheid en autonomie, tussen zorg en last, tussen angst en vertrouwen, tussen schuld en verzoening. Erg belangrijk hierbij is de houding van de hulpverlener om dit alles, hoe hard of tragisch ook, op een open en rustige wijze te ontvangen en om dit samen met de zorgvrager ‘en face’ te bekijken. Door aandachtig te luisteren naar de ervaringen van de zorgvrager met betrekking tot deze spanningsvelden kan het gemis aan zin, betekenis en doel in het leven duidelijker worden. Ook de plaats van het lijden in het geleefde leven kan verwoord worden. Mogelijks kunnen onder meer door dergelijke gesprekken inzichten en ervaringen ontstaan die uitzicht en hoop geven om zich weer op te richten en verder te leven.

**Waarop botsen we?**

**De zorgvuldigheid en gepaste terughoudendheid, zoals vernoemd in de inleiding, volstaan niet bij de uitklaring en evaluatie van euthanasievragen. Een samenleving die euthanasie wettelijk mogelijk maakt in de ggz, heeft ook de plicht om - in verhouding tot de noden - herstelondersteunende en toegankelijke zorg en behandeling op maat te bieden.**

Vanuit de ervaringen van onze gasten en vanuit de inherente waardigheid van elke mens willen we vanuit Reakiro de samenleving attent blijven maken op het feit dat iedereen kwetsbaar is (op een gewone manier), en dat medemensen met een bijzondere (meer dan gewone) kwetsbaarheid ook recht hebben op kwaliteitsvolle zorg. We beschouwen het als onze ethische verantwoordelijkheid om de samenleving in het algemeen en de ggz in het bijzonder bewust te maken van een kwaliteitsvolle en in alle opzichten laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg, in het bereik én op maat van ieder medemens die deel uitmaakt van deze maatschappij. We hopen hiermee een dialoog aan te gaan, waarbij onze verantwoordelijkheid als ggz in onze samenleving op scherp wordt gesteld, ten behoeve van de meest kwetsbare mens. We willen graag de noodzaak aankaarten om als maatschappij in het algemeen en ggz in het bijzonder bij te dragen aan volgende opdrachten :

* Voldoende investeren in preventie en in ggz zodat het aanbod de zorgvragen aankan en er zo minimaal mogelijke drempels (bv. wachtlijsten, maar ook stigma) zijn om beroep te doen op ggz. In de verhalen van mensen met een euthanasievraag omwille van ondraaglijk psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening zijn er nog te vaak gemiste kansen om tijdig gepaste zorg te bieden.
* Verder ondersteunen van de hervormingen die bezig zijn in de ggz, om te komen tot goed geschakelde (integratie in eerstelijn en in de rest van de geneeskunde), menselijke, inclusieve, vraaggestuurde, herstelondersteunende zorg op maat, met de patiënt centraal én aan het stuur, in samenwerking met de betrokken naasten. In de verhalen van mensen met een euthanasievraag omwille van ondraaglijk psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening zijn er vaak negatieve tot aversieve ggz-ervaringen: dwang, betutteld of niet gehoord voelen, onvoldoende betrokken in beslissingen, geen zorg op maat, onvoldoende grondige diagnostiek en/of behandeling, het tekort aan ervaring en deskundigheid om met vragen rond levenseinde om te gaan, onvoldoende herstelondersteunend werken, enz (Nicolini, Peteet, Donovan, & KIM, 2019).
* Het ontwikkelen van een gespecialiseerde, diagnose-overstijgende zorg op maat voor deze specifieke doelgroep, namelijk de mensen met een euthanasieverzoek omwille van ondraaglijk psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening. Deze groep heeft immers een aantal specifieke eigenschappen waar de ggz onvoldoende aan tegemoet komt:
  + - Complexe, chronische problematiek met vaak psychiatrische en/of somatische co-morbiditeit en met aanhoudend grote lijdensdruk
    - Verweven met geschiedenis van ingrijpende levensgebeurtenissen, psycho-sociale problemen (eenzaamheid, armoede,…)
    - Verweven met pijnlijk ervaren zinverlies
    - Vaak al veel ggz-hulp gehad, met vaak negatieve ervaringen en/of behandelmoe tot zelfs aversie ten aanzien van de ggz
    - Langdurig en weloverwogen bezig met de vraag: al dan niet verder leven.
* Hiertoe willen we met Reakiro als brugfunctie betekenis hebben in het ondersteunen van teams die met deze doelgroep in aanraking komen en die aangeven onvoldoende expertise te hebben in het omgaan met existentiele vragen van hun patiënten. Op termijn verwachten we dat teams deze opdracht zelf beter kunnen opnemen.
* De ontwikkeling van een nieuw zorgmodel vereist een integratie van zorg en onderzoek (kwantiatief en kwalitatief, modelontwikkeling en -validatie).
* Op vlak van euthanasie omwille van ondraaglijk psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening is er grote nood aan:
  + - expertise ontwikkeling in diverse opleidingen
    - verdergezette vorming en inter-/supervisie voor teams en teamleden die hiermee aan de slag gaan
    - wetenschappelijk onderzoek.
* Het huidige debat over euthanasie omwille van ondraaglijk psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening zit in een relatief vroeg stadium en stelt ons moeilijke ethische vragen. Naarmate we meer onderzoek zullen doen in Reakiro zullen we ook in staat zijn meer pertinente vragen in het maatschappelijk debat in te brengen. Op die manier willen wij mee politiek bewustzijn creëren voor de complexiteit van de vragen naar euthanasie die mensen stellen wegens hun psychische lijden als gevolg van een psychiatrische problematiek (Nicolini, Peteet, Donovan, & KIM, 2019).

**Bibliografie**

Baart , A. (2011). *Een theorie van presentie.* Den Haag: Boom uitgevers.

Callebert, A. (2017). *Herstel als antwoord op euthanasie?* Leuven Den Haag: acco.

Decorte, I., Verfaillie, F., Moureau, L., Van Ballaer, K., De Geest, I., Liégeois, A. Schelpzorg: een  
palliatief zorgmodel voor patiënten met een ernstige en persisterende psychiatrische aandoening  
(EPPA). Tijdschrift voor Geneeskunde, 2021, 2: 133-140. [doi: 10.47671/TVG.77.20.177](https://doi.org/10.47671/TVG.77.20.177)

Eneman, M., Sabbe, B., & Corveleyn, J. (2020, 02). Il faut imaginer Sisyphe heureux. De bijzondere positie van de existentiële dimensie in de humanistische psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, pp. 141-147.

Gomez Virsedal, C., de Maeseneer , Y., & Gastmans, C. (n.d.). *Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A Systematic revieuw of argument-based ethics literature.*

*http://www.kuleuven.be/thomas/page/personalisme/#ftn1*. (n.d.). From http://www.kuleuven.be.

*https://www.kuleuven.be/thomas/page/personalisme/#ftn1*. (n.d.). From https://www.kuleuven.

Leest , J. (2021, 05 28). *body of knowledge Sociaal Werk*. From https://www.bodyknowledgesociaalwerk.nl: https://www.bodyknowledgesociaalwerk.nl/pagina/presentiebenadering

Nicolini, M., Peteet, J., Donovan, G., & KIM, S. (2019). Euthanasia and assisted suicide of persons with psychiatric disorders: the challenge of personality disorders. *Psychological Medicine* , 1-8.

Orde der artsen . (n.d.). *https://www.ordomedic.be/nl/advies-ndeg-73-euthanasie-geval-van-niet-terminale-patiënten-psychisch-lijden-en-ten-gevolge-van-een-psychiatrische-aandoening*. From https://ordomedic.be/nl/.

Presentie. (2021, 05 28). From presentie.nl: http://www.presentie.nl

Trachsel, M., & et al. (2016). Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as e new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits and risks. *BMC Psychiatry*, 16-260.

Vandenberghe, J. (2017). *Euthanasie in Patients With Intolerable Suffering Due to an Irremediable Psychiatrics Illness. A Psychiatric Perspective. In: D.A. JONES, C. GASTMANS, C. MACKELLAR (eds) Euthanasie and Assistend Suicide. Lessons for Belgium. .* Cambridge: Cambridge University press.

Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie. (2017). *Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader? Adviestekst van de vlaamse vereniging voor psychiatrie (VVP) over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten.* kortenberg.

Zorgnet Icuro . (2018). *Etisch advies 20: Levenseindezorg voor niet terminale patiënten met ernstige psychiatrische problemen.*

**Achtergrondinformatie**

Broeders van Liefde in België. Visie op euthanasie bij psychisch lijden in een niet-terminale situatie, 2018. <https://www.broedersvanliefde.be/nl/sites/BVL/files/euth_visietekst_180910_goedgek_rvb_nl.pdf>

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Achtste verslag aan de wetgevende kamers. Jaren 2016-2017.   
<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/fcee-euthanasie-verslag-2018>

GGZNEDERLAND, DE HERSTEL SPECIAL. De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet. 2013. <https://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_948983.pdf> (p. 37).

Haekens, A. Ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden … De herstelbenadering ‘needs/meets’ de palliatieve benadering…, Lezing in de Alexianen Zorggroep Tienen, 19 mei 2017.

Haekens, A. & J. Hermans (red.), Geen eind aan mijn pijn? Over uitzichtloos psychisch lijden,  
Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2008.

Liégeois, A. Zinbeleving in de GGZ. Enkele varianten van begeleiding. Psychopraxis, 10, 2008, 6, 247-251.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis, Utrecht, De Tijdstroom, 2de herziene editie, 2009.  
<https://steungroeppsychiaters.nl/wp-content/uploads/Richtlijn-hulp-bij-zelfdoding_NVvP-2009.pdf>

Netwerk Palliatieve zorg 2008 – 2019.  
<http://www.palliatieve.org>

Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 73 betreffende euthanasie in geval van niet-terminale patiënten, psychisch lijden en psychiatrische aandoeningen, Brussel, 2017. <https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies_73_euthanasie.pdf>

Saunders, C.  
<https://www.azquotes.com/author/20332-Cicely_Saunders>

UPC KU Leuven. Euthanasie bij psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening, 2018.

UZ Leuven. Hoe omgaan met vragen naar euthanasie in UZ Leuven, 2012 (in het bijzonder 2.2.2. Verzoek om euthanasie bij ondraaglijk lijden dat het gevolg is van een ongeneeslijke psychiatrische aandoening).

Vandenberghe, J. Euthanasia in Patients With Intolerable Suffering Due to an Irremediable Psychiatric Illness. A Psychiatric Perspective. In: D.A. JONES, C. GASTMANS, C. MACKELLAR (eds.) Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons From Belgium. Cambridge: Cambridge University Press, 2017, 150-172.

Vandenberghe, J. Physician-Assisted Suicide and Psychiatric Illness. N Engl J Med. 2018 Mar 8;378(10):885-887.

Werkgroep Metaforum, Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid, KU Leuven, 2013.  
<https://www.kuleuven.be/metaforum/docs/pdf/wg_9_n.pdf>

<https://www.waterheuvel.nl/wie-zijn-we/>

<http://www.stichtingdebrouwerij.nl/>

<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/dl014-recovery-oriented-practices-index-ropi>

1. Overal in de tekst waar we over mensen, personen e.d. spreken, gebruiken we het woord ‘gast’ of ‘deelnemer (van een groep)’. [↑](#footnote-ref-1)
2. Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening, 2019. [↑](#footnote-ref-2)
3. UPC KU Leuven, organisatie Broeders van Liefde België, De Hulster en Walden [↑](#footnote-ref-3)
4. Deze vorm van psychiatrische palliatieve zorg valt in die zin niet helemaal samen met ‘crustatieve zorg’ waarbij men met behulp van dezelfde elementen uit de palliatieve zorg voor mensen met een langdurige ernstige psychiatrische aandoening een ‘crusta’ wil aanbieden, een soort van ‘exoskelet’ of ‘prothese’ om hen te helpen een menswaardig leven te leiden (Decorte & et al, 2021). [↑](#footnote-ref-4)