

# PSYCHOSOCIALE STEUNBRONNEN BIJ EUTHANASIEVRAGEN VAN MENSEN MET ERNSTIGE PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN

Marian BULCAEN<sup>1</sup>

*Sinds 2011 werk ik als vrijwilliger bij Vonkel vzw, een luisterend huis in Gent, waar mensen terecht kunnen met vragen over het levenseinde. Vaak krijgen wij daar mensen over de vloer met een vraag naar euthanasie op basis van psychisch lijden. Ze komen bij Vonkel langs omdat ze vaak nergens anders (meer) terecht kunnen met hun vraag naar euthanasie.*

*In mijn bachelorproef onderzocht ik welke psychosociale hulpverlening er beschikbaar is of beschikbaar kan gesteld worden voor mensen met psychiatrische stoornissen die een vraag stellen naar euthanasie op basis van psychisch lijden. Ik concentreer mij hierbij op de fase die aanvangt bij het stellen van de euthanasievraag tot aan de al dan niet ontvankelijk verklaring ervan. Ik belicht dit thema niet enkel vanuit de patiënt maar ook vanuit het perspectief van de familie en de nabije omgeving van de patiënt, die vaak evenzeer lijden. Ook voor de hulpverlener kan dit een confronterend proces zijn.*

## Juridische bepalingen

Euthanasie is het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens uitdrukkelijk verzoek. Euthanasie op basis van psychisch lijden wordt mogelijk gemaakt door de wet van 28 mei 2002, die euthanasie regelt, en die de **voorwaarden** bepaalt: de patiënt is wilsbekwaam en bewust op het ogenblik van zijn verzoek; het gaat om een ernstige en ongeneeslijke aandoening; het gaat om ondraaglijk en aanhoudend uitzichtloos psychisch lijden, en er is een verschil in de procedure wanneer het gaat om een terminale of niet-terminale ziekte.

De patiënt is wilsbekwaam. Sommige psychiatrische patiënten zijn echter (tijdelijk) niet wilsbekwaam. De beoordeling hieromtrent komt toe aan de arts die de euthanasie uitvoert. De patiënt is bewust op het ogenblik van zijn verzoek. Patiënten voldoen niet aan de voorwaarden als

---

<sup>1</sup> De auteur is Bachelor in de Gezinswetenschappen. Dit artikel is geïnspireerd op haar bachelorproef aan het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen, academiejaar 2012-2013. Contact: [marian.bulckaen@telenet.be](mailto:marian.bulckaen@telenet.be).

het beoordelings- of inschattingsvermogen aangetast is door middelengebruik. Het gaat om een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. Het begrip 'ziekte' kan zowel slaan op een lichamelijke als een psychische ziekte.

Euthanasie kan aangevraagd worden bij een terminale en een niet-terminale ziekte. De euthanasiewet definieert niet wat het verschil is tussen een terminale en een niet-terminale ziekte. De wetgever heeft de inschatting van terminaal overgelaten aan de behandelende arts. Wanneer een patiënt niet terminaal is, moet er naast een tweede ook een derde arts geraadpleegd worden. Deze derde arts is een psychiater of een specialist in de aandoening in kwestie (bijvoorbeeld een neuroloog). Bij een niet-terminale patiënt moet er minstens een maand verstrijken tussen het schriftelijk verzoek van de patiënt en de uitvoering van de euthanasie. In de praktijk is dit doorgaans een periode van meerdere maanden tot jaren.

Het gaat om ondraaglijk en aanhoudend psychisch lijden. Hier botst men vaak op de onvoorspelbaarheid van psychisch lijden. Objectieve afbakeningscriteria ontbreken hier. Men kan zich enkel baseren op de persoonlijke en subjectieve beleving van de patiënt. Het gaat om uitzichtloos psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Dit veronderstelt dat arts en patiënt grondig alle therapieën overlopen hebben die de patiënt reeds doorlopen heeft en dat de arts de patiënt inlicht over nog mogelijke alternatieven.

## Ethische invalshoek

Twee ethische visies staan momenteel voorop inzake euthanasie op basis van psychisch lijden. De christelijk-ethische visie legt de klemtoon op de waarde van de onschendbaarheid van het leven. De humanistisch-ethische visie benadrukt het recht op zelfbeschikking van de patiënt.

De wet gaat eerder uit van een humanistische benadering. Het merendeel van de voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg vallen echter onder de christelijke koepel. Nogal wat psychiatrische patiënten botsen dan ook op een kloof tussen de euthanasiewet en de context waarin ze met hun euthanasievraag terecht komen.

## Beschermwaardigheid van het menselijk leven

De christelijk geïnspireerde koepels nemen in hun ethische adviezen een duidelijk standpunt in over euthanasie. De Broeders van Liefde laten euthanasie onder geen enkele voorwaarde toe binnen hun voorzieningen. Zorgnet Vlaanderen acht euthanasie uitzonderlijk mogelijk in de terminale fase van een ondraaglijk fysiek lijden. Beiden vertrekken van de **fundamentele beschermwaardigheid van het menselijk leven** en in de eerste plaats dat van de meest kwetsbare mens.

De Broeders van Liefde laten de uitvoering van euthanasie niet toe in hun zorgvoorzieningen, niet bij somatisch lijden, noch bij psychisch lijden. Hun werkgroep 'ethiek in de geestelijke gezondheidszorg' heeft een ethisch advies ontwikkeld voor de begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek tot euthanasie in een niet-terminale situatie. De toegepaste richtlijn is dat de patiënt geïnformeerd wordt over de mogelijkheid om hem **door te verwijzen** naar een arts die wel bereid is om euthanasie te overwegen en eventueel uit te voeren. Deze arts kan dan de wettelijke procedure voor euthanasie starten. De uitvoering van euthanasie gebeurt niet binnen de voorzieningen van de Broeders van Liefde. Op deze manier wordt de zorgrelatie niet verbroken, maar wordt die overgedragen aan andere zorgverleners, met een andere ethische visie op euthanasie.

Binnen de visie van Zorgnet Vlaanderen gaat men er van uit dat het grootste deel van de verzoeken tot euthanasie voortkomen uit het feit dat de patiënt ondraaglijke pijn lijdt en ten onrechte gelooft dat deze niet te behandelen valt. Men vindt het dan ook essentieel dat de patiënt goed geïnformeerd wordt over de mogelijkheden die geboden worden door de palliatieve zorg. Men legt de nadruk op de **'palliatieve filter'**: euthanasie kan pas besproken worden indien er een palliatieve consultatie is geweest. Indien het lijden niet verdwijnt, kan euthanasie uitzonderlijk toegepast worden in de terminale fase van fysiek lijden.

### **Het recht op zelfbeschikking**

Binnen een humanistisch-ethisch kader primeert niet het leven op zich, maar wel de waarde die de individuele mens eraan geeft. Verliest het leven zijn levenswaardigheid, dan heeft de mens ook het recht er een einde aan te maken in de vorm van een milde, waardige dood. Dit geldt zowel bij ondraaglijk fysiek lijden als bij ondraaglijk psychisch lijden.

De Humanistisch-Vrijzinnige Vereniging heeft het in haar dossier over euthanasie over de **filosofie van de zelfbeschikking**. Binnen die visie is de mens zijn eigen zingeveer: hij neemt zelf beslissingen en neemt daar verantwoordelijkheid voor zonder dat hij zich laat leiden door een hogere macht of door gezagsargumenten. Voor vrijzinnigen is het belangrijk dat elk individu zijn leven zelf kan invullen tussen leven en dood. Beslissingen rond abortus en euthanasie zijn specifieke toepassingen van het recht op zelfbeschikking. Zelfbeschikking is een zware opdracht, wetende dat onze beslissingen invloed hebben op andere mensen uit onze nabije omgeving.

### **Zelfbeschikking in verbinding**

In mijn bachelorproef pleit ik voor het concept van 'zelfbeschikking in verbinding'. Bij zelfbeschikking staat de wens van de patiënt centraal. Bij zelfbeschikking in verbinding is er tevens veel aandacht voor familiebeleving en is er ook zorg voor de zorgenden rondom de patiënt. De familie wordt betrokken bij de keuze van de patiënt. Artsen en personeel gaan op een menselijke en barmhartige manier mee in het euthanasietraject. De euthanasie-uitvoering zelf is geen kil gebeuren, maar een warm afscheid.

### **Psychosociale invalshoek**

Wat brengt het stellen van een euthanasievraag teweeg bij de psychiatrische patiënt, zijn directe omgeving en de betrokken hulpverleners? Mensen met een psychiatrische problematiek worden nog te vaak gestigmatiseerd door de samenleving, waardoor ze in een isolement dreigen terecht te komen.

Volgens psychiater Lieve Thienpont (2011), verbonden aan Vonkel en het ULteam (Uitklaring Levensindevragen-team, zie verder), zou een vraag naar euthanasie in eerste instantie steeds moeten opgevat worden als een **vraag om levenshulp**. Bijna alle patiënten zijn ambivalent ten aanzien van hun euthanasievraag: ze willen liever verder leven, maar willen niet het leven dat ze nu leiden. Wat hen om euthanasie doet verzoeken, is het feit dat ze botsen op de onmacht, zowel bij zichzelf als bij de omgeving, dat ze verloren lopen in de hulpverlening en er maar niet in slagen het leven zinvol in te richten.

“Een vraag naar euthanasie zou in eerste instantie steeds moeten opgevat worden als een vraag om levenshulp.”

In bepaalde gevallen kan het stellen van een aanvullende of een nieuwe diagnose een **nieuw (behandel)perspectief** geven, wanneer het gaat om niet, onvolledig of fout gediagnosticeerde patiënten. In deze gevallen kan het stellen van een correcte diagnose met uitzicht op nieuwe behandelmogelijkheden en aangepaste medicatie een keerpunt zijn, waardoor de vraag naar euthanasie weer op de achtergrond verdwijnt.

Nog al te vaak echter wordt de patiënt **niet voldoende gehoord** in zijn vraag naar euthanasie. Dit zich onvoldoende beluisterd voelen, creëert een bijkomend lijden en kan zelfs leiden tot een fixatie op de doodswens. Het risico bestaat dat de doodswens op die manier een obsessief karakter krijgt en dat de openheid voor het nadenken over andere trajecten verdwijnt. Het gevaar dat de patiënt overgaat tot suïcide wordt hierdoor groter.

Als de euthanasievraag echter ernstig genomen wordt en het thema op een evenwaardig niveau en een menselijke manier **bespreekbaar** gemaakt wordt, is er ruimte voor rust en bezinning: rust om nog eens goed te kijken naar (behandel)mogelijkheden in de toekomst en bezinning om af te wegen of deze mogelijkheden voldoende perspectief bieden. Belangrijk is dat de hulpverlener de vraag echt beluistert en het thema bespreekbaar maakt. In bepaalde gevallen kan er opnieuw veerkracht ontstaan, zelfs bij patiënten die een positief advies gekregen hebben op hun euthanasievraag, aldus Thienpont (2011).

Het krijgen van een positief advies op een euthanasievraag kan soms een fase van rust inluiden, waarin mensen de ruimte vinden om hun leven nog eens opnieuw te definiëren. Het kunnen aanspraak maken op een waardig levenseinde kan hen **opnieuw veerkracht** geven om het leven toch nog verder te zetten. Het perspec-

tief op een beter leven of een betere dood geeft vaak nog kracht en mentale ruimte.

## Betrekken van de omgeving

Wettelijk wordt het niet vereist om de familie en mensen uit de directe omgeving te betrekken bij de euthanasievraag. Volgens de wet op de euthanasie telt enkel de beslissing van de patiënt, in samenspraak met de arts. Het is dus de keuze van de patiënt om zijn directe omgeving al dan niet te betrekken bij dit proces. De omgeving erbij betrekken blijkt niet altijd zo vanzelfsprekend te zijn. De familierelaties zijn dikwijls al fel verstoord. Bovendien is er vaak onbegrip voor de keuze van de patiënt. Familiebanden herstellen kan echter soms een nieuw perspectief geven en weer zin en betekenis geven aan het leven. Steun van familie en vrienden kan van grote betekenis zijn in het proces dat doorgemaakt wordt. De weg naar het levenseinde kan op die manier een gemeenschappelijk traject worden.

“**Familiebanden herstellen kan soms een nieuw perspectief geven en weer zin en betekenis geven aan het leven.**”

Sowieso blijven de nabestaanden wel achter en moeten ze verder na het gebeurde. Voor de verwerking van hun verlies en verdriet is het belangrijk dat ze wel worden betrokken in het proces. Nabestaanden getuigen dat net de verbondenheid het rouwproces achteraf draaglijker maakt.

Voor de betrokken **hulpverlener** is een euthanasietraject evenmin vanzelfsprekend. Indien de hulpverlener bij zichzelf weerstand ervaart tegenover de euthanasievraag, dan is het belangrijk om dat bespreekbaar te maken en indien nodig door te verwijzen naar een andere

hulpverlener. Op die manier blijft de hulpverlener authentiek en transparant in zijn relatie met de patiënt. Bovendien kan het bespreekbaar maken van een euthanasievraag een belangrijke bijdrage leveren tot suïcidepreventie.

## Bestaande psychosociale hulpverlening

In 2002 werden drie aparte wetten met betrekking tot het levenseinde goedgekeurd: rond euthanasie, palliatieve zorg en patiëntenrechten. Deze wetgeving beidt heel wat mogelijkheden, maar jammer genoeg blijven er nog heel wat onduidelijkheden en vragen bestaan, concludeerden de initiatiefnemers van Vonkel, elk vanuit hun eigen praktijk. Om die lacunes op te vullen, werd in maart 2009 de vzw **Vonkel, een luisterend huis** opgericht, een instaphuis en ontmoetingsplaats voor omgaan met sterven, dood en rouw, gelegen in Gent. Vonkel profileert zich als een pluralistische, niet-partijgebonden en onafhankelijke vereniging. De dienstverlening is gratis.

Bij Vonkel vertrekt men vanuit individuele probleemsituaties: er wordt geluisterd, informatie gegeven en daadwerkelijk steun geboden. Mensen kunnen elke dag, behalve op zondag bij Vonkel terecht met alle vragen rond sterven, dood, rouw, euthanasie en palliatieve zorg, zelfdodingsgedachten, patiëntenrechten, wilsbeschikking, ... Voor alle activiteiten wordt een beroep gedaan op opgeleide vrijwilligers: onthaal in het huis, huisbezoeken, waken bij een alleenstaande stervende, aanwezigheid bij een begrafenis of een crematie van een alleenstaande, geven van vorming, tentoonstellen van kunst rond het thema sterven, dood of rouw, enz.

Een aantal **andere organisaties** pogen de persoon met een euthanasievraag en zijn directe omgeving psychosociaal te ondersteunen. Naast de reguliere hulpverlening zoals Tele-Onthaal,

de Centra Algemeen Welzijnswerk en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, verwijzen we hier nog naar enkele organisaties die vanuit een specifieke invalshoek naar de euthanasieproblematiek kijken, zoals LEIF ([www.leif.be](http://www.leif.be)), Recht op Waardig Sterven ([www.rws.be](http://www.rws.be)), ULteam – Uitlegging Levensindevragen-team ([www.ulteam.be](http://www.ulteam.be)), LEIF West-Vlaanderen ([www.levenshuis.nu](http://www.levenshuis.nu)), het huisvandeMens (de vroegere Centra Morele Dienstverlening – [www.demens.nu](http://www.demens.nu)), ...

Daarnaast zijn er ook **kleinschalige herbronningsinitiatieven**, die evenwel niet specifiek bedoeld zijn voor mensen met levenseindevragen. Niet alle psychiatrisch zieke patiënten zijn echter het best geholpen met een opname in een psychiatrische setting, er is ook een populatie die tijdelijk ergens terecht moet kunnen voor begeleiding, maar die soms zieker wordt in een psychiatrische context. In dergelijke gevallen bieden deze kleinschalige instellingen een alternatief. Het gaat hier onder andere over Namaste ([www.namaste-huis.be](http://www.namaste-huis.be)), Betanië ([www.fracarita.org](http://www.fracarita.org)), Tsedek ([www.tsedek.be](http://www.tsedek.be)), enz.

## Mogelijke andere psychosociale steunbronnen

Hier exploreer ik verder hoe het euthanasietraject in verbinding met familie en directe omgeving kan verlopen, met andere woorden hoe men tot 'zelfbeschikking in verbinding' kan komen.

“**Bij zelfbeschikking in verbinding staat de wens van de patiënt centraal, maar is er tevens veel aandacht voor de familiebeleving en is er ook zorg voor de zorgenden rondom de patiënt.**”

Er zijn een aantal psychosociale steunbronnen uit andere sectoren of levensdomeinen, die binnen het gegeven van euthanasie op basis van psychisch lijden geactiveerd of verder ontwikkeld zouden kunnen worden. Ik spreek van steunbronnen omdat hier, in tegenstelling tot binnen de professionele hulpverlening, meer beroep gedaan wordt op informele krachten: het sociaal netwerk van de patiënt, vrijwilligerswerking, lotgenotencontact, ... Het aanboren van deze informele krachten biedt volgens mij nog heel wat kansen voor een betere ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving.

### **Ruimte voor levens- en zingevingsvragen**

In de geestelijke gezondheidszorg kan er meer ruimte gemaakt worden voor levensvragen en zingevingsvragen. De menselijke relatie tussen patiënt en therapeut dreigt momenteel soms naar de achtergrond te verdwijnen. Er is een grote tendens naar standaardisering, waardoor de klemtoon komt te liggen op resultaatgerichtheid en doelgericht-efficiënt handelen. De warme bejegening van de patiënt is nochtans absoluut noodzakelijk voor het begeleidingsproces.

Als therapeut of hulpverlener kan je patiënten coachen in het weer eigenaar worden van hun eigen levensweg, waardoor er weer veerkracht kan ontstaan. De aandacht voor zingeving kan een verbindende kracht doen ontstaan. Het samenwerken vanuit het perspectief van zingeving kan leiden tot samenhang in een context die eerder differentiatie bevordert. Ook vanuit stilte en meditatie kunnen vitale energiebronnen weer aangesproken worden.

### **Familiegesprekken**

Ondanks het feit dat er geen wettelijke vereiste is om de familie te betrekken bij de euthana-

siekeuze van een patiënt, pleit ik ervoor om dit toch te doen, mits toestemming van de patiënt. Het euthanasietraject kan dan samen gegaan worden. Hiertoe worden bijvoorbeeld binnen het ULTeam (Uitklaring Levenseindevragen-team, een project van de VUB en de UGent dat bestaat sinds december 2011) familiegesprekken georganiseerd. Het ULteam is gericht op patiënten (en hun familie) die vragen hebben rond hun levenseinde, en waarmee ze nergens anders terecht kunnen. De vraag naar euthanasie wordt hier verder uitgeklaard door een multidisciplinair team. Een apart luik binnen deze werking is het betrekken van de familie en de nabije omgeving bij de beslissing van de patiënt.

Soms heeft de context van de patiënt het moeilijk met zijn beslissing, soms heeft de patiënt het moeilijk met de houding van zijn familie, soms zijn er al langer aanslepende conflicten tussen de patiënt en zijn context. In al deze gevallen poogt men de dialoog aan te gaan met de familie, op voorwaarde dat de patiënt hier zijn toestemming voor geeft. Dit kunnen gesprekken zijn met de patiënt en de familie samen, met de patiënt alleen of met een familie(lid) apart al naargelang de concrete situatie en behoeften. De afspraak is steeds dat alles wat met de familie besproken wordt, ook terug moet kunnen gecommuniceerd worden naar de patiënt. Het is niet de bedoeling dat er geheimen ontstaan. Men probeert ook steeds terug te koppelen naar de ondersteunende personen (artsen, therapeuten, ...) die reeds aanwezig zijn.

Als na rijp beraad de patiënt beslist om zijn familie niet bij zijn keuze te betrekken, dan wordt dit gerespecteerd. De euthanasiewet benadrukt immers het zelfbeschikkingsrecht. Toch zou het goed zijn als dergelijke familiegesprekken ook al zouden plaats vinden in een vroegere fase van het euthanasietraject. Een huisarts die geconfronteerd wordt met een euthanasievraag van een patiënt zou al het initiatief kunnen nemen

om de familie erbij te betrekken, met instemming van de patiënt. Ook familiale bemiddelaars zouden een rol kunnen opnemen bij familieconflicten rond een euthanasievraag.

### **Eigen Kracht-conferentie**

Een Eigen Kracht-conferentie (zie: [www.eigenkracht.be](http://www.eigenkracht.be)) is een besluitvormingsproces dat steunt op de kracht van familienetwerken. Het is gebaseerd op de Family Group Conference van de Maori-bevolking in Nieuw-Zeeland en op de principes van herstelgericht werken. Sinds 2006 is Eigen Kracht actief in Vlaanderen. Eigen Kracht-conferenties maken deel uit van de brede beweging rond community based care: hoe kunnen we het brede netwerk mobiliseren in zorgwekkende situaties?

Een Eigen Kracht-conferentie vertrekt van de kracht van gezinnen en hun omgeving om zelf de regie te voeren en brengt alle belangrijke personen rond een gezin samen. Familieleden, maar ook vrienden en burens werken samen en autonoom een hulpplan uit, waarin staat wat de familie zelf zal doen (de 'eigen krachten' die ze wil inzetten) en waarvoor ze een beroep wil doen op professionele hulp. Een onafhankelijk coördinator begeleidt het proces.

Binnen de hulpverlening wordt nog te weinig een beroep gedaan op het familie- en vriendennetwerk van een cliënt. Deze methodiek vertrekt net vanuit de context van een cliënt. Het individu blijft eigenaar van zijn probleem en behoudt zeggenschap over het zoeken naar een oplossing. Als dit gebeurt vanuit het groter geheel (familie, vrienden, burens, collega's), kunnen onvermoede krachten aangeboord worden.

In Vlaanderen zijn al een aantal Eigen Kracht-conferenties opgezet rond het levenseinde van iemand. Ook binnen een euthanasietraject lijkt

een Eigen Kracht-conferentie mij een bruikbare methodiek.

### **Buddywerking**

Het traject van het stellen van een euthanasievraag tot aan de al dan niet ontvankelijk verklaring van deze vraag, kan een lang en vaak eenzaam proces zijn voor de patiënt. Vaak is er weinig begrip en steun vanuit de omgeving voor de vraag naar euthanasie. De relatie met familie en vrienden kan zeer gespannen zijn. In die gevallen waar een patiënt er alleen voor staat, zou het goed zijn als hij een beroep kon doen op een 'buddy' die hem ondersteunt, die samen met hem de weg naar het levenseinde voorbereidt en meebeleeft, die samen met hem ook tijd maakt voor ontspannende momenten, ...

Binnen de geestelijke gezondheidszorg bestaat reeds zo'n algemene buddywerking, nl. Buddywerking Vlaanderen, die alle regionale buddywerkingen voor (ex-)psychiatrische patiënten in Vlaanderen en Brussel overkoepelt. Deze buddywerkingen willen mensen met een psychische kwetsbaarheid uit hun sociaal isolement halen, destigmatiseren en hun integratiekansen verhogen. Het lijkt mij een goed idee om na te denken over een gespecialiseerde buddywerking voor mensen met een euthanasievraag (op basis van psychisch lijden).

### **Lotgenotencontact**

Tenslotte richt ik mij op degenen die achterblijven als iemand gestorven is door middel van euthanasie. Nabestaanden blijven vaak met veel vragen zitten. Uitwisseling met lotgenoten zou steun kunnen bieden. Lotgenotencontact, of eens kunnen praten met iemand die hetzelfde heeft meegemaakt, is wat een lotgenotengroep in eerste instantie kan bieden.

Tot nu toe bestaat er in Vlaanderen nog geen lotgenotenwerking voor mensen die een familielid of vriend verloren aan euthanasie. Nochtans lijkt mij dit zeer zinvol, vooral in die gevallen waar het proces naar de euthanasie-uitvoering toe niet goed doorlopen werd en er een verstoorde communicatie was tussen de patiënt en zijn familie. De Werkgroep Verder ([www.werkgroepverder.be](http://www.werkgroepverder.be)) verricht in Vlaanderen zeer zinvol werk voor nabestaanden na zelfdoding en heeft op het vlak van lotgenotenwerking al veel expertise opgebouwd. Vonkel exploreert momenteel de mogelijkheden voor een ontmoetingsgroep voor nabestaanden en metgezellen in het euthanasieproces.

### ***De kring groter maken***

Euthanasie (op basis van psychisch lijden) is een thema dat heel actueel is en vaak de pers haalt. Er is een steeds grotere bewustwording rond kwaliteit van leven en de zelfbeschikking die mensen daarin hebben. Ik pleit ervoor om de keuze te maken voor een 'zelfbeschikking in verbinding', als de concrete situatie dat toelaat. De vijf beschreven methodieken lijken mij psychosociale steunbronnen die nuttig kunnen zijn bij euthanasievragen van mensen met een psychiatrische problematiek, hetzij voor de patiënt, hetzij voor de relatie patiënt-familie, hetzij voor de nabestaanden. Rode draad is de kring groter maken en het netwerk van de patiënt actief betrekken bij de begeleiding.

#### Literatuur

- Bulckaen, M. (2013). *Psychosociale steunbronnen bij euthanasievragen van mensen met ernstige psychiatrische stoornissen*. Brussel: Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen
- Thienpont, L. (2011). *Euthanasie op basis van psychisch lijden: Reflecties aan de hand van 50 patiënten met de vraag naar euthanasie op basis van psychisch lijden* (oktober 2007-oktober 2010). Gent: Vonkel