



VISIETEKST EUTHANASIE

Vzw Zorg-Saam ZKJ

Publicatiedatum: 30/03/2023

Inhoud

Woord vooraf.....	3
1. Kernwaarden en uitgangspunten.....	4
2. Wetgeving, ethiek en zorgpraktijk integreren	7
3. Concreet omgaan met een euthanasievraag	8
Bronnen	10

Woord vooraf

De vzw Zorg-Saam ZKJ staat voor **presente en afgestemde zorg**. Onze zorgvisie en het zorg- en ondersteuningsaanbod worden in deze visietekst vertaald naar de context van een euthanasievraag.

Vanuit onze christelijke inspiratie kiezen we voor het leven en voor het ondersteunen van het leven, zo lang mogelijk. Als gevolg hiervan **geniet euthanasie niet onze voorkeur**. We nemen elke vraag tot euthanasie van een bewoner ernstig en gaan vanuit **nabijheid en betrokkenheid** de moeilijke weg mee met bewoner, familie en huisarts. Vanuit **open en transparante communicatie** en een **serene en respectvolle houding** naar alle betrokkenen, doorlopen we een stappenplan. We trachten tot een **consensus** te komen over wat op dat moment de **best mogelijk zorg** is voor de bewoner.

We **volgen het wettelijk kader** met als doel bescherming te bieden aan zowel de bewoner, de medewerker als de huisarts. Onze identiteit en uitgewerkte visies zijn een essentiële en waardevolle aanvulling hierop.

We reiken duidelijke en bruikbare handvaten aan opdat de vraag van de bewoner deskundig en present ontvangen, beluisterd en behandeld wordt.

De **uitgangspunten** zijn dus:

- onze identiteit als een christelijke geïnspireerde organisatie met bijhorende waarden;
- onze visie op presente, afgestemde zorg in het algemeen en op vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in het bijzonder;
- het wettelijk kader¹.

Deze tekst en de bijhorende procedure geven **duidelijkheid over**:

- Onze visie op euthanasie;
- De stappen die we samen zetten bij de opvolging van een euthanasievraag van een bewoner;
- Wettelijke zorgvuldigheid: de zorgvuldigheidscriteria waaraan het omgaan met een euthanasievraag wordt getoetst binnen de wet;
- Ethische zorgzaamheid: de ethische criteria waaraan het omgaan met een euthanasievraag wordt getoetst binnen de vzw Zorg-Saam ZKJ;
- Wat er verwacht wordt van elke belanghebbende (huisarts, bewoner, familie, directie, hoofdverpleegkundige en zorgteam, referentiepersonen palliatieve zorg en ethiek, pastor, sociale dienst, CRA, centrale unit, andere medewerkers).

¹ Wet betreffende de Rechten van de Patiënt 2002, Wet betreffende de Palliatieve Zorg 2002, Wet betreffende de Euthanasie 2002, Woonzorgdecreet 2019.

1. Kernwaarden en uitgangspunten

Onze christelijke identiteit is zichtbaar in de manier waarop wij zorg en ondersteuning aanbieden in het algemeen en omgaan met een euthanasievraag in het bijzonder.

1.1 Elke mens is uniek en veelzijdig

Onze zorgvisie vertrekt vanuit een bepaalde visie op wat een mens is.²

Elke mens is uniek. Vandaar dat wij het zo belangrijk vinden om persoonsgerichte zorg te verlenen. Het feit dat elke mens uniek is, betekent ook dat **elke euthanasievraag uniek is**.

Elke unieke mens is een fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel wezen. Deze visie op de mens vertaalt zich in een holistische visie op zorg. Dit heeft gevolgen voor hoe we omgaan met een euthanasievraag. We beschouwen het **niet alleen als een medische vraag**, maar ook als een vraag met relationele, existentiële en andere aspecten. **Dit vereist een interdisciplinaire aanpak die de kwaliteit van de uiteindelijke besluitvorming en afspraken verhoogt.**³

1.2 Waardigheid en kwaliteit van leven

Ouderen komen in onze woonzorgcentra omwille van hun zorgafhankelijkheid en kwetsbaarheid. Deze zorgafhankelijkheid en kwetsbaarheid betekenen dat zij hun autonomie geheel of gedeeltelijk verliezen. Dit kan een impact hebben op hoe zij hun levenskwaliteit en waardigheid ervaren.

Voor ons verliest een bewoner nooit zijn⁴ waardigheid als mens, zelfs niet bij extreme lichamelijke en mentale aftakeling.⁵ Vanuit deze visie op waardigheid **blijven wij een bewoner altijd zien en behandelen als een volwaardig persoon** onafhankelijk van hoe die bewoner zichzelf ziet of beleeft.

Samen met de bewoner en zijn omgeving bekijken we respectvol hoe we een waardevolle invulling kunnen geven aan de beperkte autonomie van de bewoner.⁶ We ondersteunen zo veel als mogelijk en gewenst. **Wij geloven dat waardigheid als mens er altijd is voor alle bewoners.** Onze afgestemde, interdisciplinaire zorg is hierop gericht.

Als alles geprobeerd is en de bewoner ervaart geen levenskwaliteit, behoudt het leven voor ons nog zijn waarde. **Dit betekent binnen een euthanasievraag dat we een evenwicht proberen te vinden tussen**

² Deze mensvisie is gebaseerd op het personalisme, een filosofisch-ethisch denkkader met een specifieke mensvisie en waardenkader. Het personalisme werd in België uitgewerkt en uitgedragen door prof. Louis Janssens, cfr. Van Hoof J., 'Het personalisme in het oeuvre van Magister Louis Janssens', *Ethische Perspectieven* 2013, 23(2) 190-195. De vzw Zorg-Saam ZKJ sluit uitdrukkelijk aan bij het personalisme als waardenkader. Het bepaalt hoe wij kijken naar de mens en de wereld.

³ De Laat M., De Coninck C., Derycke N., Huysmans G. en Coupez V., Richtlijn Uitvoering Euthanasie [Palliatieve Richtlijn], oktober 2018, actualisering 2021 06, p. 9, 14, 22.

⁴ Als er in deze tekst 'hij', 'hem' of 'zijn' staat, bedoelen we zowel mannelijke als vrouwelijke bewoners.

⁵ Cfr. Belgische bisschoppen, "Palliatieve zorg ja, euthanasie nee," verklaring Belgische bisschoppen 2002; Gastmans C. en Vandenberghe R., "Hoofdstuk 3 Euthanasie bij dementie", uit Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid: Metaforum visietekst 11, voorgesteld op het symposium van 19 november 2013, p. 22; De Lepeleire J. en Vandeveldel A., "Hoofdstuk 6 Algemeen besluit", uit Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid: Metaforum visietekst 11, voorgesteld op het symposium van 19 november 2013, p. 52.

⁶ Zorgnet-Icuro Commissie voor Ethiek, Advies 20 Visietekst "Levensinzorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen", 2018, p. 20.

hoe de bewoner zichzelf ziet en beleeft en hoe wij kijken naar het leven. Omdat het leven voor ons altijd waarde heeft, verdient het bescherming.

1.3 Relationale autonomie

Elke mens heeft recht op zelfbeschikking in het kader van de vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve zorg en levenseindezorg.⁷ Vanuit zijn eigenheid echter staat de mens in relatie tot zijn omgeving, tot anderen en tot God. We kunnen op elkaar een beroep doen. Dit relationeel element van de mens zien we ook weerspiegeld in een euthanasievraag: de bewoner heeft tenminste één andere persoon nodig, een arts, om euthanasie uit te voeren. Deze arts heeft ook minstens één andere arts nodig en het zorgteam om de vraag van de bewoner te kunnen beoordelen.⁸

Wij geloven dat een mens niet enkel autonoom is, maar leeft als autonoom wezen in relatie en verbondenheid met anderen. We spreken van autonomie in een netwerk van relaties, ‘**autonomie-in-relatie**’.⁹ Deze kijk op autonomie heeft gevolgen voor hoe we de keuzes die een individuele mens maakt, verstaan. Wat iemand beslist, heeft een impact op diegenen met wie men in relatie leeft. Omgekeerd zal ook de beslissing die anderen nemen een impact hebben. **Wij erkennen dat een euthanasievraag een grote impact heeft op de familie van een bewoner.**¹⁰ Daarom pleiten we voor het betrekken van de familie bij het proces. We nodigen familie meermaals uit voor overleg, in samenspraak met de bewoner. We nemen tijd om de betrokkenen op één lijn te brengen. We willen helpen om sereniteit te bereiken, ook in functie van rouwverwerking.

Relationele autonomie betekent ook dat een mens alleen autonoom kan handelen en kiezen als hij stilstaat bij zijn relaties, hoe anderen naar hem kijken en wat hun onderlinge interacties zijn. Als bepaalde beslissingen, zeker moeilijke beslissingen, besproken worden met (betekenisvolle) anderen, kunnen er nieuwe inzichten komen. **De relatie van de bewoner met anderen is geen hinder om autonoom te zijn. Het is er juist een voorwaarde voor.** We zijn wel alert voor signalen van externe druk op de bewoner. Dialoog is belangrijk om te weten te komen wat de bewoner wil en wat de zorgmogelijkheden zijn.¹¹ **In het kader van een euthanasieverzoek betekent relationele autonomie dat, naast het overleg met de bewoner, het interdisciplinair overleg en overleg met de familie essentieel zijn.**

1.4 Het belang van dialoog en vroegtijdige zorgplanning (VZP)

Dialoog tussen de bewoner en zorgverleners is nodig om de zorg te kunnen afstemmen. Deze afstemming geeft uiting aan ons respect voor de uniciteit en autonomie van de bewoner. Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een vorm van afgestemde zorg.

VZP beoogt dat zeer snel na verhuis met de bewoner wordt gepraat over zijn wensen en visie op de zorg die hem gegeven wordt tot het levenseinde.¹²

Vaak hebben bewoners al een aantal zaken besproken met hun huisarts vanuit de thuissituatie. Hierop bouwen we verder en beluisteren wensen, verwachtingen en angsten. We praten over hoe wij hierop in

⁷ Artikel 4 § 1, 9°, Woonzorgdecreet 15 februari 2019

⁸ Desmet M., Euthanasie: waarom niet? Pleidooi voor nuance en niet-weten, Lannoo, 2^e druk 2015.

⁹ De vaktermen zijn relationele autonomie en autonomie-in-verbondenheid. Welk term men ook kiest, de klemtoon ligt op de relatie.

¹⁰ Familie betekent in deze tekst: familie, mantelzorgers, betekenisvolle anderen. De bewoner definieert zelf wie tot zijn familie behoort.

¹¹ Zorgnet-Icuro Commissie voor Ethiek, Advies 20, 2018, p. 21.

¹² Vandaag zorgen voor morgen, brochure vroegtijdige zorgplanning, vzw Zorg-Saam ZKJ.

kunnen gaan vanuit ons zorg- en ondersteuningsaanbod, de mogelijkheden van palliatieve zorg, pijn- en symptoomcontrole en onze visie op levenseinde.

VZP is een permanent communicatieproces waarbij we aandacht hebben voor de signalen van de bewoner en zijn omgeving, in het bijzonder bij kantelmomenten.

De VZP van bij verhuis vormt een essentiële basis voor het tegemoet komen aan en afstemmen van de zorg voor de bewoner. **De bekomen informatie helpt ons om een euthanasievraag te kaderen en in dialoog te gaan.**

1.5 Lijden beluisteren en tegemoetkomen

Soms kan een bewoner die lijdt, grijpen naar euthanasie als een mogelijk oplossing. De wetgeving voorziet de uitvoering van euthanasie omwille van ondraaglijk fysiek of psychisch lijden.¹³ De uitvoering heeft voornamelijk plaats op basis van een combinatie van beide soorten lijden.¹⁴ Er moet een verband gelegd worden tussen het lijden en een medische aandoening.¹⁵

Er zijn bovendien nog andere soorten van lijden: relationeel, sociaal, emotioneel, moreel, existentieel, en spiritueel.

De lijdende bewoner zelf is het meest aangewezen om zijn lijden te verwoorden. Het kan echter moeilijk zijn om de juiste woorden te vinden, zeker in een maatschappij waar pijn, ziekte en dood taboe zijn. Vaak weet men niet hoe om te gaan met het eigen lijden of lijden in de omgeving. Toch moet er gepraat worden over het lijden als een euthanasievraag gesteld wordt.¹⁶ Al heeft lijden op zich geen zin, op weg gaan met lijden is voor ons altijd zinvol, ook als het niet opgelost kan worden. Het lijden kan wel beluisterd worden. **Wij beschouwen gesprekken rond het lijden als een uiting van goede zorg. Dialoog is het middel om naast de bewoner te gaan staan in zijn lijden en te verkennen hoe wij met onze zorg en ondersteuning aan het lijden kunnen tegemoetkomen.**

Zie ook Bijlage 4: Het verkennen van het lijden van de bewoner, samen met de bewoner.

1.6 Bewuste levenseindebegeleiding

Mogelijke antwoorden in het tegemoet komen aan het lijden zijn de palliatieve zorg, pijn –en symptoomcontrole en comfortzorg. **Als vzw kiezen wij bewust hiervoor.** Hier ligt een expliciete taak voor de pastor en referentiepersoon palliatieve zorg, en eventueel het inschakelen van een psycholoog. Er bestaan verschillende vormen van medisch begeleid sterven (zie Bijlage 3: Verschillende vormen van medisch begeleid sterven). Palliatieve sedatie kan overwogen worden in overleg met de bewoner indien voldaan wordt aan twee voorwaarden: de bewoner is terminaal, en de bewoner lijdt aan minstens één refractair symptoom. Doorheen de jaren werd continu ingezet op vorming van onze medewerkers. Zo bouwden onze voorzieningen een grote deskundigheid en ruime expertise op. Deze bewuste keuze vertaalt zich in een intentieverklaring en een visietekst palliatieve zorg.¹⁷

¹³ Artikel 3 §1 en §2 2°, Wet betreffende de Euthanasie 2002

¹⁴ Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE), 8e euthanasieverslag 2018

¹⁵ Artikel 3 §1, Wet betreffende de Euthanasie 2002.

¹⁶ Artikel 3 §2 2°, Wet betreffende de Euthanasie 2002.

¹⁷ Palliatieve zorg omhelst vier dimensies: lichamenlijk, psychisch, sociaal, en spiritueel

Wij willen leven aan de dagen toevoegen, geen dagen aan het leven. In samenspraak met bewoner en familie zorgen we ervoor dat zinloze medische behandelingen niet opgestart worden en het leven niet halsstarrig verlengd wordt. Dit verhoogt het comfort en de kwaliteit van leven en sterven.

We kiezen voor een stervensproces dat zo natuurlijk mogelijk is, om alle tijd en ruimte te kunnen geven aan de relatie tussen de stervende bewoner en zijn familie. **Wij aanvaarden dat, ondanks onze expertise, het aanbod aan palliatieve zorg niet altijd voldoet aan het lijden van de bewoner en de bewoner een euthanasievraag centraal stelt.**

1.7 Onze beleidsvisie omtrent euthanasie

Het recht om een euthanasievraag te stellen is een maatschappelijk verworven recht. Het recht om het te vragen staat echter niet gelijk aan een recht om het te krijgen. Er zijn voorwaarden aan verbonden. De wetgeving maakt van euthanasie **een bijzondere handeling**, waarin een arts niet strafbaar is als hij het leven van een patiënt actief beëindigt, indien aan een aantal zorgvuldigheidscriteria voldaan is.¹⁸ Het is geen normaal medisch handelen¹⁹ en heeft geen therapeutisch doel. Het gaat tenslotte om een onomkeerbare daad, die we daarom met de grootste omzichtigheid en op een heel zorgzame en gewetensvolle manier in beraad nemen.

Als vzw Zorg-Saam ZKJ respecteren we de wetgeving. **Als de bewoner uiteindelijk kiest voor euthanasie, respecteren wij zijn keuze**, ook al geniet euthanasie vanuit onze christelijke visie op zorg **niet onze voorkeur**.

Wij erkennen dat een euthanasie uitvoering veel vraagt van de uitvoerende arts, en dat hij daarom nood kan hebben aan technische en/of emotionele ondersteuning. Euthanasie is echter een bijzondere handeling, die bepaalde medisch-technisch competenties vereist die niet behoren tot de dagdagelijkse zorghandelingen binnen een woonzorgcentrum.

Onze medewerkers mogen daarom geen technische handelingen verrichten. We wensen bovendien hierdoor onze eigen medewerkers te beschermen voor mogelijks juridische aansprakelijkheid. Zie verder Procedure (stap 4, p. 3, en stap 7, p. 5).

2. Wetgeving, ethiek en zorgpraktijk integreren

Volgens het woonzorgdecreet van 2019 expliciteren woonzorgcentra een ethische beleidsvisie rond cruciale domeinen zoals vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en het levenseinde, waaronder de euthanasie. Zo'n beleid moet wetgeving, ethiek en zorgpraktijk integreren.²⁰

Wetgeving beschrijft de criteria waarbinnen een handeling toelaatbaar of strafbaar is. Ethiek daarentegen buigt zich over de vraag naar wat goed is en menswaardig.

¹⁸ Artikel 3, Wet betreffende de Euthanasie 2002; Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies 59, 2014, p. 37.

¹⁹ De Laat M. *et al.*, Richtlijn Uitvoering Euthanasie [Palliatieve Richtlijn], 2021, p. 5.

²⁰ Artikel 4 § 2, 5°, Woonzorgdecreet 15 februari 2019.

Wetgeving weerspiegelt de minimale ethiek van een samenleving op een gegeven moment in haar geschiedenis.²¹ Het onderscheid tussen wetgeving en ethiek verklaart het onbehaaglijk gevoel dat zorgverleners soms ervaren. Het is niet omdat de wettelijke procedure gevolgd wordt, dat een handeling goed is.²²

In het kader van een euthanasievraag van een bewoner betekent dit concreet dat wij de wetgeving respecteren. Daarnaast biedt ons eigen ethische verhaal kansen om op weg te gaan met de bewoner. Het is de visie van de vzw Zorg-Saam ZKJ dat deze beiden onontbeerlijk zijn in de dagdagelijkse zorgpraktijk en zeker indien een euthanasievraag wordt gesteld.

3. Concreet omgaan met een euthanasievraag

De euthanasievraag van een bewoner raakt ons en roept ons op tot zorgzaamheid. Wij hanteren hiervoor **een eigen traject**, waarin we de wettelijke zorgvuldigheidscriteria, onze ethische zorgzaamheidscriteria en zorgvisie integreren. **We nemen hiervoor de tijd, vanuit nabijheid en betrokkenheid, in samenspraak met de bewoner.**

Aan het begin van dit proces zetten we in op het beluisteren van de vraag, het verkennen van het lijden, het afstemmen en bijsturen van onze holistische zorg en ondersteuning en het aanbieden van palliatieve zorgmogelijkheden.

De bewoner moet ons als individuele medewerker en als voorziening als **aanspreekbaar** ervaren om een euthanasievraag te (durven) stellen.²³ Aanspreekbaar zijn betekent ook dat de bewoner weet dat we zijn vraag ter harte zullen nemen. Dat we het niet zullen wegwuiven, maar open zullen staan om erover te praten.²⁴

Deze verkennende fase kan beschouwd worden als een opportuniteit om samen met de bewoner **nieuwe kansen** te exploreren en vorm te geven.²⁵ Als de euthanasievraag bijvoorbeeld voortkomt uit angst voor (pijn bij) het sterven, moeten de mogelijkheden van palliatieve zorg, pijn- en symptoomcontrole besproken worden.²⁶

Indien na het afstemmen van de zorg de vraag naar euthanasie blijft, onderzoeken we verschillende wettelijke, ethische en zorg aspecten samen met de huisarts en de bewoner. We leggen de focus op interdisciplinaire overlegmomenten (IDO) om deze aspecten samen te bespreken. **We vragen en verwachten dat de huisarts en het team in overleg gaan bij het beoordelen van deze aspecten.**²⁷

²¹ Belgische Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies 59, 2014, p. 38.

²² Caerts G. en Veestraeten P., "De euthanasievraag is een geestelijke uitdaging: gesprek met dr. Marc Desmet sj", Golfslag 2018, p. 121.

²³ Agentschap Zorg en Gezondheid, Stapstenen voor een ethisch verantwoord zorgbeleid in wzc's, 2019, p. 20.

²⁴ Woonzorggroep GVO (Gast Vrij Omgeven), Vooruitziende zorg: een gids voor bewoner en familie, p. 26.

²⁵ Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidige wettelijk kader?, 2017, p. 9.

²⁶ De Laat M. *et al.*, Richtlijn Uitvoering Euthanasie [Palliatieve Richtlijn], 2018.

²⁷ Artikel 3 §2 4°, Wet betreffende de Euthanasie 2002; Artikel 35 1°, Bijlage 11 bij het Woonzorgdecreet, 28 juni 2019; Advies 'Euthanasie in de woonzorgcentra' van 19 maart 2022 van de Orde der Artsen. Zie ook De Laat M. *et al.*, Richtlijn Uitvoering Euthanasie [Palliatieve Richtlijn], 2018, actualisering 2021, p. 9: 'Hoewel wettelijk niet vereist, is het duidelijk dat goede praktijkvoering ook bij een euthanasieverzoek een actieve betrokkenheid van het verzorgende team vereist.'

Als na een zorgvuldig traject blijkt dat euthanasie de enige uitweg is, kan de huisarts deze in het WZC uitvoeren. De arts is verantwoordelijk voor de voorbereiding en de uitvoering en neemt deze volledig voor zijn rekening. Hij kan hierbij zelf het initiatief nemen om zich extern te laten ondersteunen. De uitvoering gebeurt in intieme kring. Vanuit het belang dat we hechten aan presente afgestemde zorg kan op uitdrukkelijk verzoek van een bewoner een medewerker aanwezig zijn. De medewerker kan op geen enkel moment verplicht worden om hierop in te gaan.

De mogelijkheid bestaat dat er **geen consensus** bereikt wordt tussen de huisarts en het team. Het uitvoeren van de euthanasie kan niet worden belemmerd, maar **bijkomende actie** wordt ondernomen door de Commissie Zorg, Medisch Beleid en Ethiek van het bestuursorgaan.

De conclusie van het omgaan met een euthanasievraag is niet noodzakelijk het uitvoeren van euthanasie. Als het besluit van het IDO is dat euthanasie niet uitgevoerd zal worden omwille van wettelijke en/of ethische criteria, moet de bewoner nog altijd opgevolgd worden. Er wordt een nieuw zorgtraject afgesproken met de bewoner, zijn huisarts en het team.

De concrete stappen van ons traject staan uitgeschreven in het stappenplan (bijlage 2) dat integraal deel uitmaakt van onze procedure euthanasie.

Bronnen

- Agentschap Zorg en Gezondheid, **Stapstenen voor een ethisch verantwoord zorgbeleid in wzc's**, 2019. Cfr. <https://www.vlaanderen.be/publicaties/stapstenen-voor-een-ethisch-verantwoord-zorgbeleid-in-woonzorgcentra>
- Belgische bisschoppen, **Palliatieve zorg ja, euthanasie nee**, verklaring Belgische bisschoppen 2002
- Belgische bisschoppen, "De plicht tot sterven?", **De Standaard** maandag 2 maart 2015
- Belgische bisschoppen, **Uw hand in mijn hand: pastorale zorg bij het levenseinde**, verklaring van de Belgische bisschoppen 2019
- Belgische Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, **Advies 59**, 2014
- Belgische Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, **Advies 73**, 2017
- Broeckaert B., **Medisch begeleid sterven – een begrippenkader**, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2006; <https://www.kuleuven.be/up/documenten/teksten/b%20broeckaert%2030okt2014.pdf>
- Caerts G. en Veestraeten P., "De euthanasievraag is een geestelijke uitdaging – gesprek met dr. Marc Desmet sj", **Golfslag** 2018-2 (apr-mei-juni), pp. 112-122
- De Laat M., De Coninck C., Derycke N., Huysmans G. en Coupez V., **Richtlijn Uitvoering Euthanasie**, oktober 2018; actualisering juni 2021. Toegankelijk via <https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/08/richtlijn-euthanasie-actualisatie-2021-1.pdf>
- Desmet M., **Euthanasie: waarom niet? Pleidooi voor nuance en niet-weten**, Lannoo, 2^e druk 2015
- Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie, **8^e euthanasieverlag 2018**
- Gastmans C., Van Neste F. en Schotsmans P., "Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline", **J Med Ethics** 2004 30:212-217
- Jacquamin D., "Hoe komen christenen tot een beslissing: een rooms-katholieke benadering", uit **Collationes: Tijdschrift voor Theologie en Pastoraal** 2019(2): 137-160
- Jonkers A., "Niet fiksen", **Nursing** februari 2017, pp. 16-21
- Leget C., **Ruimte om te sterven: Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners**, Lannoo 2003
- Metaforum, **Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid: Metaforum visietekst 11**, voorgesteld op het symposium van 19 november 2013.
- Nys H., **Recht en bio-ethiek. Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg**, Lannoo Campus, 2010
- Orde der Artsen, **Advies 'Euthanasie in de woonzorgcentra'** van 19 maart 2022, <https://ordomedic.be/nl/adviezen/ethiek/euthanasie/euthanasie-in-de-woonzorgcentra>.
- Van Wijngaarden E., **Voltooid leven: over leven en willen sterven**, Atlas Contact, 2016
- Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, **Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader?** 2017
- Woonzorggroep GVO (Gast Vrij Omgeven), **Vooruitziende zorg: een gids voor bewoner en familie**, 2013
- Zorgnet-Icuro Commissie voor Ethiek, **Advies 20** Visietekst "Levensindezorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen", 2018, p20

Wettelijke documenten:

Woonzorgdecreet, 15 februari 2019

Uitvoeringsbesluit bij het woonzorgdecreet en **Bijlage 11 bij het Woonzorgdecreet**, 28 juni 2019

Wet betreffende de euthanasie, 28 mei 2002