

Euthanasie omwille van ondraaglijk psychiatrisch lijden: de wet, de richtlijnen en de praktijk

Joris Vandenberghe, psychiater -
psychotherapeut

UPC KU Leuven: Gasthuisberg, Kortenberg en
Reakiro

Faculteit Geneeskunde KU Leuven



1

Uitvoering van euthanasie

Evaluatie / uitklaring van euthanasieverzoek

Doen we niet in Reakiro

wel in UPC KU Leuven:

LevensindeInformatieTeam LEIT

Wat we wel doen in Reakiro

2

Overzicht

- Inleiding
- De euthanasiewet (2002)
- Euthanasie en psychiatrie: specifieke aspecten, problemen, richtlijnen en adviezen
- Enkele cijfers - epidemiologie
- Uitklaring van euthanasievragen
- Nood aan psychiaters die hierin rol willen opnemen

3

Mijn traject

- 1997: arts
- 2002: euthanasiewet
- *Liaisonpsychiater*
- Rond 2010: eerste euthanasieverzoeken owv 'psychiatrisch lijden'
- 2014: oprichting LEIT in UPC KU Leuven
- 2018: werkgroep UPC + BvL/Evara 'Reakiro'
- 2020: start Reakiro

4

Inleiding: disclosure

- 
- Terminale ziekte
 - Progressieve lichamelijke niet-terminale ziekte
(bv. ALS, oncologisch, cardiovasculair lijden,...)
 - Niet-progressieve niet-terminale lichamelijke ziekte
(bv. niet-progressieve verlamming)
 - Ernstige **psychiatrische aandoening**

Evaluatie toenemend complex, maar eerder reden voor **meer zorgvuldigheid, terughoudendheid en extra voorwaarden**, dan voor uitsluiten van de mogelijkheid van euthanasie

5

Basis van euthanasiewet

Uitzonderingswet (exemption legislation)

Antwoord op ondraaglijk lijden

autonomie

+

mededogen / compassion

wilsbekwaam

alleen op uitdrukkelijk verzoek

vrijwillig

medische grondslag

herhaald

medisch uitzichtloos

niet onder druk

last resort

in verbondenheid

6

Wettelijke voorwaarden

In België is euthanasie onder bepaalde voorwaarden wettelijk mogelijk:

- **Medisch** uitzichtloze toestand
- Aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden
- Dat lijden kan niet gelenigd worden
- en is het **gevolg van** een ernstige en ongeneeslijke aandoening (medische grondslag)

Wilsverklaring euthanasie versus actueel verzoek

KU LEUVEN

7

Wettelijke voorwaarden

- Patiënt **handelingsbekwaam, bewust en meerderjarig** (of *sinds 2014: ook minderjarig, maar enkel indien fysiek lijden + oordeelsbekwaam + akkoord wettelijke vertegenwoordigers (meestal de ouders)*)
- Verzoek vrijwillig, **overwogen**, duurzaam, herhaald en niet gevolg van enige externe druk
- **Schriftelijk verzoek**, gedateerd en ondertekend, in medisch dossier
- Arts **licht patiënt in** over gezondheidstoestand, therapeutische en palliatieve mogelijkheden
- Over redelijke periode gespreid **meerdere gesprekken**

KU LEUVEN

8

Wettelijke voorwaarden

- Als patiënt dat wenst, bespreekt arts dit met **naasten**
- Arts bespreekt dit met **zorgteam** rond de patiënt
- **Bijkomende voorwaarden – transparantie**
- Arts raadpleegt een **andere onafhankelijke en ter zake bevoegde arts**
 - Neemt kennis van medisch dossier
 - Onderzoekt patiënt
 - Gaat wettelijke voorwaarden na
 - Verslag van bevindingen, toegevoegd aan dossier

KU LEUVEN

9

Wettelijke voorwaarden

- Bijkomende voorwaarden in **niet-terminale situatie**:
 - Minstens een **maand** tussen schriftelijke verzoek en uitvoeren van euthanasie
 - Arts raadpleegt **tweede onafhankelijke arts**, “psychiater [...] of specialist in de aandoening in kwestie”
- Deze stappen regelmatig opgetekend in **dossier**
- Arts die euthanasie uitvoert: **registratie**document aan Federale Controle- en Evaluatiecommissie

KU LEUVEN

10

Wet: psychiatrische aandoening niet uitgesloten

- 'Fysiek of psychisch lijden'
- Voor zover
 - specifieke wilsbekwaamheid voldoende intact
 - medisch uitzichtloos + ongeneeslijk + lijden onlenigbaar + geen redelijk behandelperspectief
- Cfr. wet patiëntenrechten (ook 2002): discriminatie en stigmatisering vermijden
- *Maar wet zeker niet op maat van psychiatrische aandoening*

11

Volstaan wettelijke voorwaarden?

- Wetgever plaatst psychiatrische aandoening op een lijn met andere aandoeningen in niet-terminale fase
- Voordeel: geen uitzonderingspositie voor psychiatrische aandoeningen (en patiënten)
- Risico: niet in rekening brengen van bepaalde specifieke aspecten van psychiatrische aandoeningen die belangrijk zijn in context van euthanasieverzoek

12

Specifieke aspecten bij psychiatrische aandoeningen

- Evaluatie van **beslissingsbekwaamheid** van de patiënt betreffende beslissingen over zijn leven en dood
- Evaluatie van **medische uitzichtloosheid**
- **Interferentie** van het proces dat volgt op het euthanasieverzoek met het ziekteverloop
- Mogelijke vertekening door **impliciete betekenissen** en boodschappen
- In proces vaak **andere positie en volgorde** van uitvoerende en adviserende artsen

KU LEUVEN

13

Evaluatie van beslissingsbekwaamheid

- Patiënten met psychiatrische aandoening zijn meestal beslissingsbekwaam in meeste domeinen van leven
- *'In staat tot een redelijke behartiging van zijn/haar belangen'*
- *Specifieke* beslissingsbekwaamheid = betreffende beslissingen over leven en dood
- **Beslissingsbekwaam** ~ doodswens als weloverwogen existentiële keuze (cf. balanssuicide of *rational suicide*)

KU LEUVEN

14

Evaluatie van beslissingsbekwaamheid

- Beslissings**on**bekwaam
 - ~ doodswens als symptoom van de psychiatrische aandoening (verstoorde realiteitszin, cf. 'pathologische' suïcide) en / of onvoldoende in staat:
 - Keuze maken en uitdrukken
 - Informatie begrijpen
 - Redeneren met en waarderen van informatie en deze toepassen op zijn situatie
 - Afwegingen maken, inzicht in opties, integratie van ratio en emotie
- Klinische geïndividualiseerde beoordeling
- Vraagt tijd, herhaalde evaluatie en expertise

KU LEUVEN

15

Evaluatie van medische uitzichtloosheid

- “**Ondraaglijk lijden**” = subjectieve kwalificatie waarbij patiëntperspectief centraal staat
- “**Medisch uitzichtloos**” = objectievere beoordeling door artsen:
 - Lijden kan niet gelenigd worden
 - Lijden is gevolg van ernstige en *ongeneeslijke* aandoening
 - Geen *redelijk* behandelperspectief meer
 - ~ onbehandelbaar, therapieresistent, geen redelijk perspectief meer op verbetering (*irremediable*)

KU LEUVEN

16

Evaluatie van medische uitzichtloosheid

- Overgrote deel van de psychiatrische aandoeningen:
 - Verloop onzeker en onvoorspelbaar
 - Wetenschappelijk onderzoek + klinische ervaring:
 - Zelfs bij langdurig ernstig lijden vaak op termijn nog uitgesproken verbetering
 - Geen betrouwbare parameters om te voorspellen bij wie en wanneer
 - Lijden *nu* niet lenigbaar $\neq$ medisch uitzichtloos

Evaluatie van medische uitzichtloosheid

- Beschikbaarheid van behandeling & manieren om lijden te lenigen:
 - Drempels in geestelijke gezondheidszorg, onderfinanciering, ambulante zorg, mobiele zorg en vroeginterventie onvoldoende uitgebouwd
 - Comfortzorg in psychiatrie niet systematisch ontwikkeld
 - Persoonsgerichte zorg vanuit herstelvisie nog lang niet de regel

Medische uitzichtloosheid

- Recht om behandelingen te weigeren
- Bereidheid van patiënt: medisch uitzichtloos als psychiater nog behandelmogelijkheden ziet, maar patiënt niet meer bereidheid, moed of motivatie heeft?
- Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Psychiaters en adviestekst VVP: voorwaarde dat patiënt **redelijk behandelingsperspectief niet heeft geweigerd**

19

Concreet gemaakt

- Alle **redelijke behandelperspectieven** uitgeput
 - zicht op verbetering bij adequate behandeling
 - binnen een overzienbare termijn
 - en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en belasting van de behandeling voor de patiënt.

20

Concreet gemaakt

- Elke wetenschappelijk onderbouwde interventie of behandeling **voor de aandoening(en) in kwestie** moet op een herstelgerichte en deskundige manier geprobeerd zijn vanuit een biopsychosociaal perspectief, inclusief aandacht voor een palliatieve benadering en voor niet-medische herstelgerichte interventies (bv. sociale begeleiding, verandering woonomgeving, (vrijwilligers)werk, zinging, ...).

21

Evaluatieproces interfereert

- Hoop en gerichtheid op het leven, cruciaal in herstelgerichte benadering, **mogelijk ondergraven**
- Patiënt wil arts overtuigen: weinig ruimte voor ambivalentie, positieve elementen, ... (*cfr. valkuil van evaluatieve positie: authenticiteit onder druk*)
- Mogelijk zelfbevestigende logica en verloop van de aandoening negatief beïnvloeden door kansen op herstel te hypothekeren

22

Evaluatieproces interfereert

- Anderzijds kan proces ziekteverloop en herstelgerichte benadering **ook ten goede** beïnvloeden
- Opluchting gehoord en erkend te worden kan soms helpen terug meer greep te krijgen op zijn aandoening
- Wetenschap dat euthanasie reële mogelijkheid is kan helpen te vechten tegen suïcidaliteit
- **Polarisatie doorbreken** van patiënt die alles doet om te (mogen) sterven en hulpverleners die alles doen om hem tegen te houden

23

Vertekening door impliciete betekenissen

*Doodswens als appél,
als noodkreet,
als uiting van wanhoop,
als uiting van gevoelens van waardeloosheid en
zelfdeprecieatie,
als straf voor zichzelf of voor anderen,
als vlucht,...*

24

Vertekening door impliciete betekenissen

*Wat heeft iemand die balanceert op de drempel tussen
leven en dood nodig?*

Iemand die zegt: "ik zal je helpen sterven"?

Of iemand die zegt: "Ik wil je niet laten gaan"?

25

Impliciete betekenissen

- Elk euthanasieverzoek: expliciete inhoud + impliciete betekenissen en boodschappen
- Te exploreren en te verhelderen
- Is er een vraag achter de vraag? Wat wil de patiënt bewust of onbewust overbrengen op of bewerkstelligen bij de arts?
- Hangt nauw samen met interpersoonlijke dynamiek tussen patiënt en derden, waaronder de arts

26

Impliciete betekenissen

- (Neuro)psychiatrische aandoeningen: *a fortiori*
- Impliciete betekenissen en boodschappen bovendien gekleurd door psychopathologische processen en overdrachtsgevoelens.
- Zowel overdracht als **tegenoverdracht** sturen mogelijk mee het euthanasieverzoek en de reactie erop - dienen zorgvuldig te worden uitgeklaard (oa overleg, intervisie of supervisie). *Ook Nederlandse richtlijn + VVP-tekst leggen hier sterk de nadruk op*

27

Problemen met euthanasiepraktijk

Gebrek aan standaarden ~ variatie en subjectiviteit in de interpretatie en inschatting van de wettelijke voorwaarden (bv. *wilsbekwaamheid, medische uitzichtloosheid, weigering van behandeling,...*):

- 1 enkele arts beslist
- Na niet-bindende advies van 2 collega's
- Geen specifieke standaard om te bepalen of alle redelijke behandelmogelijkheden zijn uitgeput
- Multidisciplinaire evaluatie of bespreking niet wettelijk verplicht

Vandenbergh, J. In: *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons From Belgium*. Cambridge University Press, 2017

28

Richtlijnen en adviezen vullen de wet aan

- Specifiek voor euthanasieverzoeken owv psychiatrische aandoening: zorgvuldigheid concreet uitgewerkt + extra voorwaarden:
 - VVP (2017)
 - Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek (2017)
 - Zorgnet – Icuuro (2018)
 - Orde van Artsen (2019 en 2022)

29

Teneur van deze adviezen en richtlijnen

- Erkennen de moeilijkheden en complexiteit van euthanasie in psychiatrie (*onvoorspelbaar verloop, wilsbekwaamheid, (tegen)overdracht, betekenislagen, risico hoop te ondermijnen,...*)
- Geen pleidooi om (patiënten met) psychiatrische aandoeningen uit te sluiten
- Wel reden voor rigoureuze evaluatieprocedure, concreet gemaakte zorgvuldigheid, extra voorwaarden

30

Grote lijnen van deze adviezen en richtlijnen

1. 'Medische uitzichtloosheid' moet concreet gemaakt worden: grondige diagnostiek + elke *evidence-based* behandeling voor die aandoening geprobeerd
2. Uitgebreid, rigoureuus en lang evaluatieproces is noodzakelijk (*familie / naasten betrekken, expertise, 2 psychiaters, positieve adviezen, overleg, (tegen)overdracht,...*)
3. Parallel met evaluatie: verderzetting of herstart herstelondersteunende zorg (*tweesporenbeleid*)
4. ...

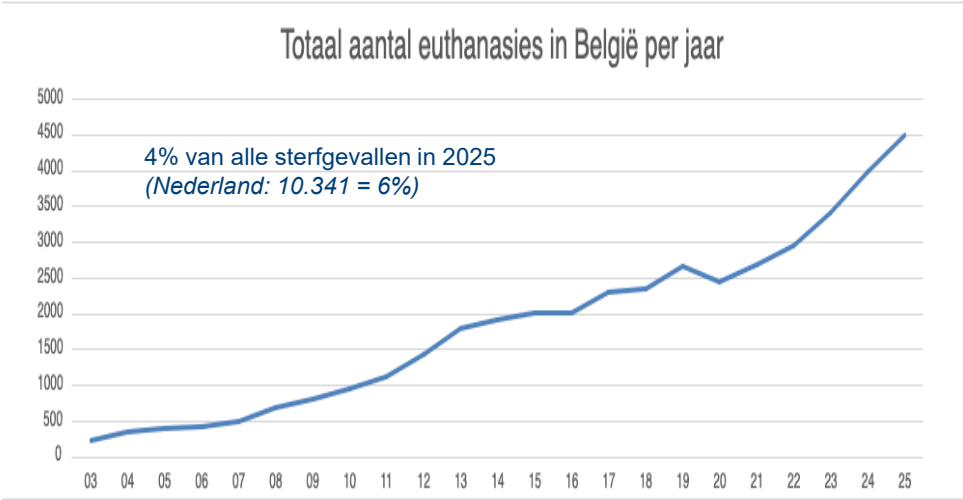
31

Principes en werking LEIT – UPC KU Leuven

- Geen extern aanbod, maar **wie in UPC in zorg is, moet in UPC uitklaring kunnen krijgen**
- Multidisciplinair team, voorbij jaren op elk moment tussen 30 en 50 evaluatietrajecten lopend
- Tweesporenbeleid: verderzetting herstelondersteunende zorg
- Strikte hantering en interpretatie van wettelijke criteria en richtlijnen / adviezen
- Geen behandelpositie – onafhankelijk – nemen zorg niet over

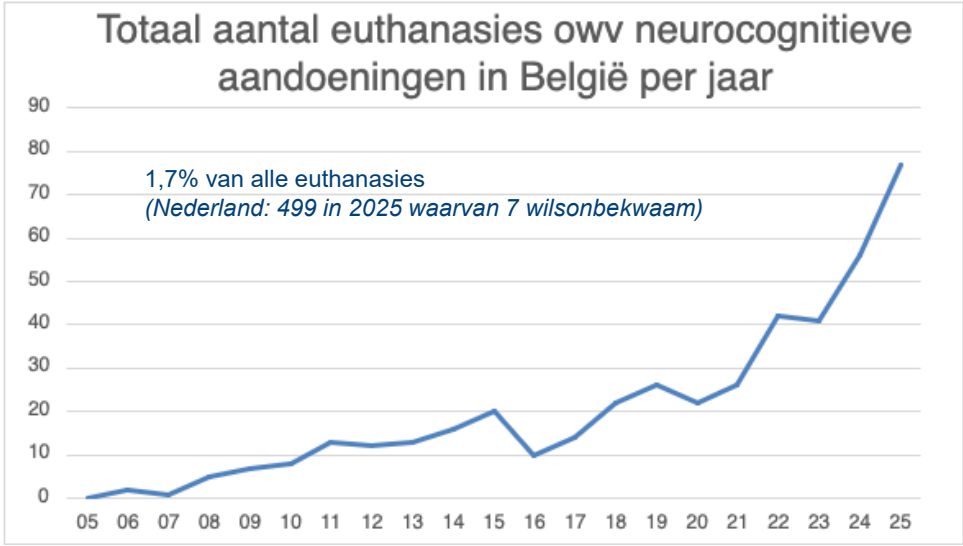
KU LEUVEN

32



Bron: rapporten van Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

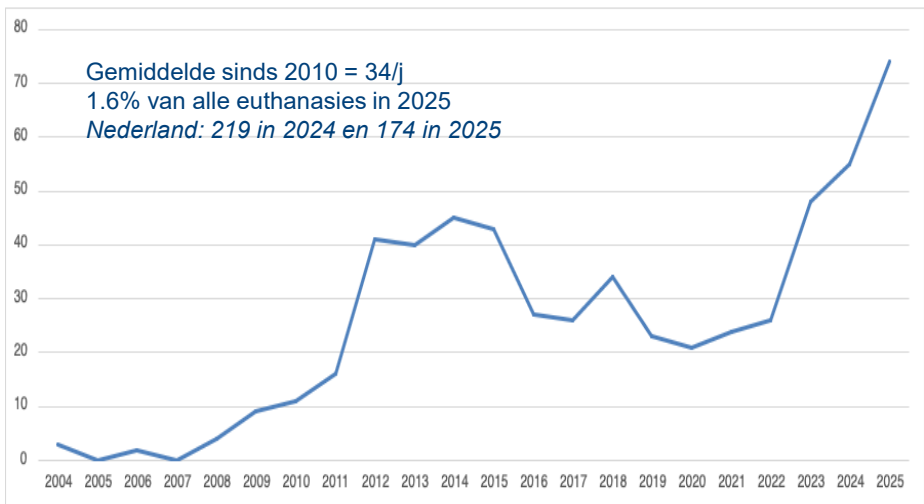
33



Bron: rapporten van Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

34

Totaal aantal euthanasies owv psychiatrische aandoeningen per jaar in België



Bron: rapporten van Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie + Dierickx et al. BMC Psychiatry. 2017

35

Welke psychiatrische aandoeningen?

- Slechte kwaliteit van de data
- Diagnose niet gestructureerd of gesystematiseerd
- Stemmingsstoornissen (vooral unipolaire depressie) grootste groep (tot 80%), al dan niet met psychiatrische comorbiditeit

Rapporten van Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie + Dierickx et al. BMC Psychiatry. 2017

36

Euthanasieverzoeken: ander beeld

- Geen geaggregeerde Vlaamse / Belgische data
- Studie Vonkel (n=100):
 - Comorbiditeit is de regel (90% >1 diagnose)
 - Meest frequente diagnoses: depressie (58%) en persoonlijkheidsstoornis (50%); waarvan 29% beide
 - Gemiddeld jonger
- Studie Reakiro (n=164; bredere groep)

Thienpont L et al. BMJ Open 2015

37

Table 3. Clinical Assessment by Caregivers in Reakiro of the DSM-5 Categories in Reakiro Patients (Period March 2020–January 2022).

DSM-5 category	N (%)
Neurodevelopmental disorders	29 (17.7%)
Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	9 (5.5%)
Bipolar and related disorders	13 (7.9%)
Anxiety disorders	21 (12.8%)
Obsessive compulsive and related disorders	9 (5.5%)
Trauma- and stressor-related disorders	47 (28.7%)
Depressive disorders	89 (54.3%)
Somatic symptom and related disorders	11 (6.7%)
Feeding and eating disorders	20 (12.2%)
Substance-related and addictive disorders	27 (16.5%)
Personality disorders	58 (35.4%)
Other disorders ^a	11 (6.8%)

Note. N = 164.

^aOther disorders: dissociative disorders (1), sleep–wake disorders (1), gender dysphoria (1), paraphilic disorders (2), neurocognitive disorders (6).

Article

The Reakiro Care Model for Persons With a Chronic Death Wish: An Epidemiological Study

Thijs Vanhie¹, Sofie Verdegem¹, Annelies Cuypers¹, Luc Bemelmans¹, Patrick Onghena¹, and Joris Vandenberghe¹

Journal of Humanistic Psychology
1–23
© The Author(s) 2025
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journalsPermissions
DOI: 10.1177/00221472241313088
journals.sagepub.com/home/jhp
Sage

38

Table 4. Comorbidity.

Number of disorders	Frequency (%)
0	2 (1.2%)
1	58 (35.4%)
2	57 (34.8%)
3	27 (16.5%)
4	12 (7.3%)
5	5 (3%)
6	3 (1.8%)

Meer dan 63% heeft 2 of
meer psychiatrische
diagnoses

Article

The Reakiro Care Model for Persons With a Chronic Death Wish: An Epidemiological Study

Thijs Vanhie¹, Sofie Verdegem¹, Annelies Cuypers¹, Luc Bemelmans¹, Patrick Onghena¹, and Joris Vandenbergh¹

Journal of Humanistic Psychology
1-22
© The Author(s) 2023
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journalsPermissions
DOI: 10.1177/00224654135088
journals.sagepub.com/home/jhp

S Sage

39

Uitklaring of evaluatie van euthanasieverzoek

- In een tweesporenbeleid
- Wettelijke voorwaarden nagaan
- Nood aan dossier en grondige diagnostiek
- Ook een persoonlijk proces bij arts: hoop niet loslaten maar accepteren dat mijn hoop niet genoeg is, er vrede mee hebben
- **Uitklaring / evaluatie van de euthanasievraag: onvoldoende beschikbaar en toegankelijk:** vaak moeilijke zoektocht voor patiënt
- Aanbod van Reakiro werkt goed voor patiënt met actieve euthanasievraag als parallel de uitklaring elders wordt opgenomen

40

Nood aan psychiaters die hierin rol willen opnemen

Wat zijn de drempels of redenen tot terughoudendheid?

- Principiële bezwaren tegen euthanasie (voor psychiatrisch lijden)
 - Hoge algemene werk- en aanmeldingsdruk – geen tijd / mentale ruimte om dit moeilijke en zware werk erbij te nemen
 - Tijdsintensief werk – beperkte nomenclatuur
 - Onvoldoende opgeleid; onzekerheid, expertise?
 - Medicolegale angst
 - Eerdere ervaringen
 - Peer pressure? Druk vanuit organisatie of leidinggevenden?
 - ...
- O.a. gebaseerd op Verhofstadt et al. BMC Psychiatry (2020) 20:400

41

Nood aan psychiaters die hierin een rol willen opnemen

Hoe groot is de rol van principiële bezwaren?

- Studie bij 184 Vlaamse psychiaters: 74.5% akkoord met mogelijkheid van euthanasie voor uitzichtloos psychiatrisch lijden
- Studie bij psychiaters en psychiaters in opleiding verbonden aan UPC KU Leuven: 20% niet akkoord met euthanasie voor psychiatrische aandoening, 64% vindt dit aanvaardbaar, 16% neutraal.

Verhofstadt M et al. BMC Psychiatry. 2020 Jul 16;20(1):374
Wouters S et al. Tijdschr Psychiatr. 2021;63(5):336-342

42

Nood aan psychiaters die hierin een rol willen opnemen

- 69% stellen zich vragen bij de werkwijze van andere artsen bij de evaluatie van een 'psychiatrisch euthanasieverzoek'
- Bereidheid actieve betrokkenheid (mits...):
 - 68% is bereid te verwijzen voor een euthanasieverzoek
 - 30% is bereid formele wettelijke rol op te nemen als adviserend arts
 - Minder dan 10% is bereid uitvoerend arts te zijn

Verhofstadt M et al. BMC Psychiatry. 2020 Jul 16;20(1):374

43

Besluit

- Momenteel voelen vele patiënten met een euthanasievraag voor ondraaglijk en uitzichtloos psychiatrisch lijden zich niet gehoord en van het kastje naar de muur gestuurd.
- Bovenop hun psychiatrische (en vaak ook sociale, financiële, maatschappelijke,...) lijdensweg worden ze nu geduwd in een lijdensweg en bijna onmogelijke zoektocht naar 3 artsen (waarvan 2 psychiaters) die bereid zijn een rol op te nemen in hun euthanasieverzoek
- Daardoor vaak veel (bijkomende) frustratie, lijden, zich onbegrepen, ongehoord en ongeholpen voelen, en ook vaak gemiste kans op een constructief tweesporenbeleid en soms ook op de duidelijkheid van een gemotiveerd negatief advies: 'vastlopen in hun euthanasievraag en hun proces'

44

