Euthanasie en de rol van de VVP

Van visietekst naar vorming, intervisie en peer-support ?

Joris Vandenberghe, psychiater - psychotherapeut

UPC KU Leuven: Gasthuisberg, Kortenberg en Reakiro

Faculteit Geneeskunde KU Leuven

Overzicht

- De euthanasiewet (2002)
- Euthanasie en psychiatrie: richtlijnen en adviezen
- Enkele cijfers - epidemiologie
- Praktisch: waar kunnen verwijzers terecht?
- Mijn ervaring met uitklaring van euthanasievragen
- Meer doen dan uitklaring: Reakiro
- Nood aan psychiaters die hierin rol willen opnemen
  - Wat hebben we hiervoor nodig?
  - Wat kan de VVP daarin doen?

Inleiding: disclosure

- Terminale ziekte
- Progressieve lichamelijke niet-terminale ziekte (bv. ALS)
- Niet-progressieve niet-terminale lichamelijke ziekte
- Ernstige medisch uitzichtloze psychiatrische aandoening

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

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

Wettelijke voorwaarden

- Patiënt meerderjarig *(of sinds 2014: ook minderjarig, maar enkel indien fysiek lijden + oordeelsbekwaam + akkoord wettelijke vertegenwoordigers (nl de ouders))*, handelingsbekwaam en bewust
- 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

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

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: registratiedocument aan Federale Controle- en Evaluatiecommissie

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

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

Volstaan wettelijke voorwaarden?

- 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

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 – Icuro (2018)
  - Orde van Artsen (2019 en 2022)

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

Grote lijnen van deze adviezen en richtlijnen

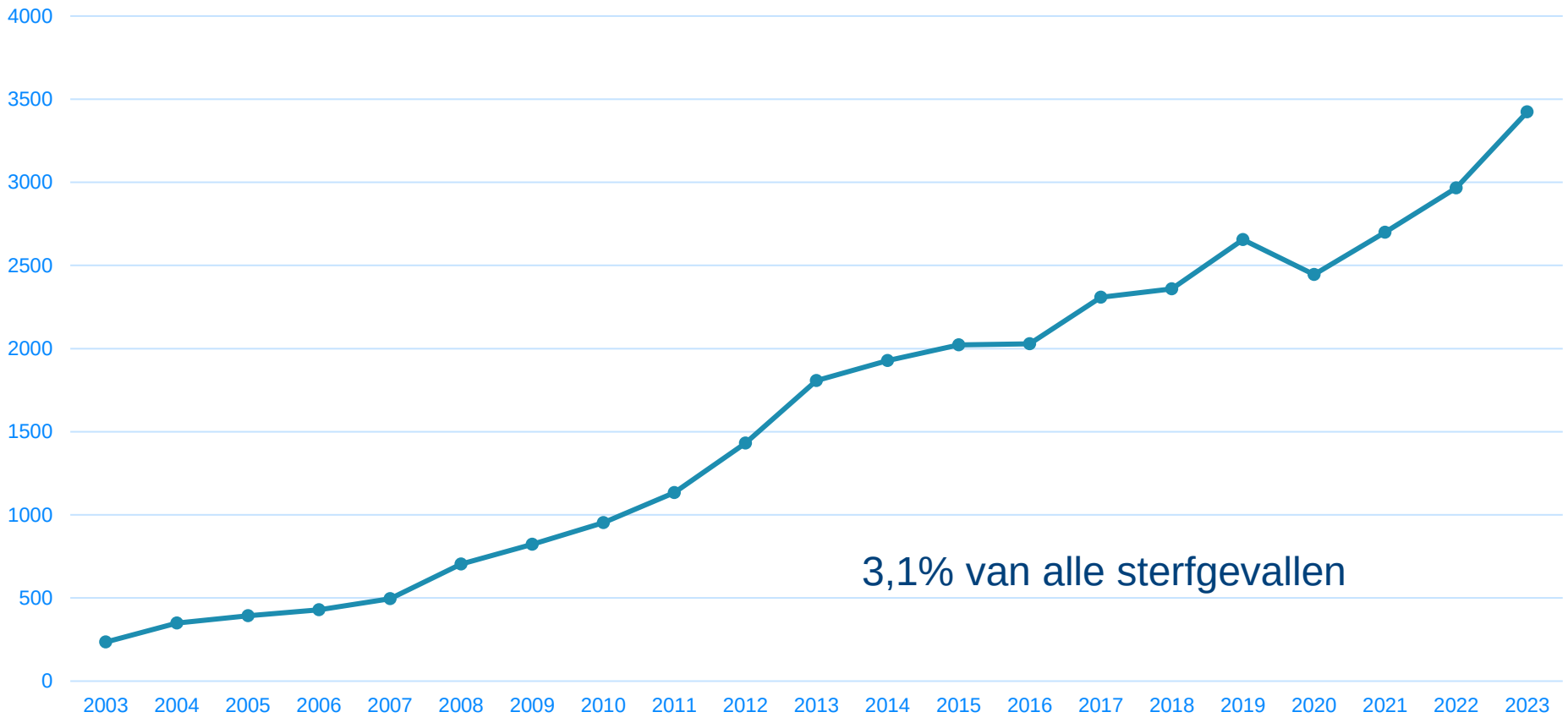
1. ‘Medische uitzichtloosheid’ moet concreet gemaakt worden: elke evidence-based behandeling voor die aandoening geprobeerd

2. Uitgebreid, rigoureus en lang evaluatieproces is noodzakelijk *(familie betrekken, expertise, 2 psychiaters, positieve adviezen, overleg, (tegen)overdracht,…)*

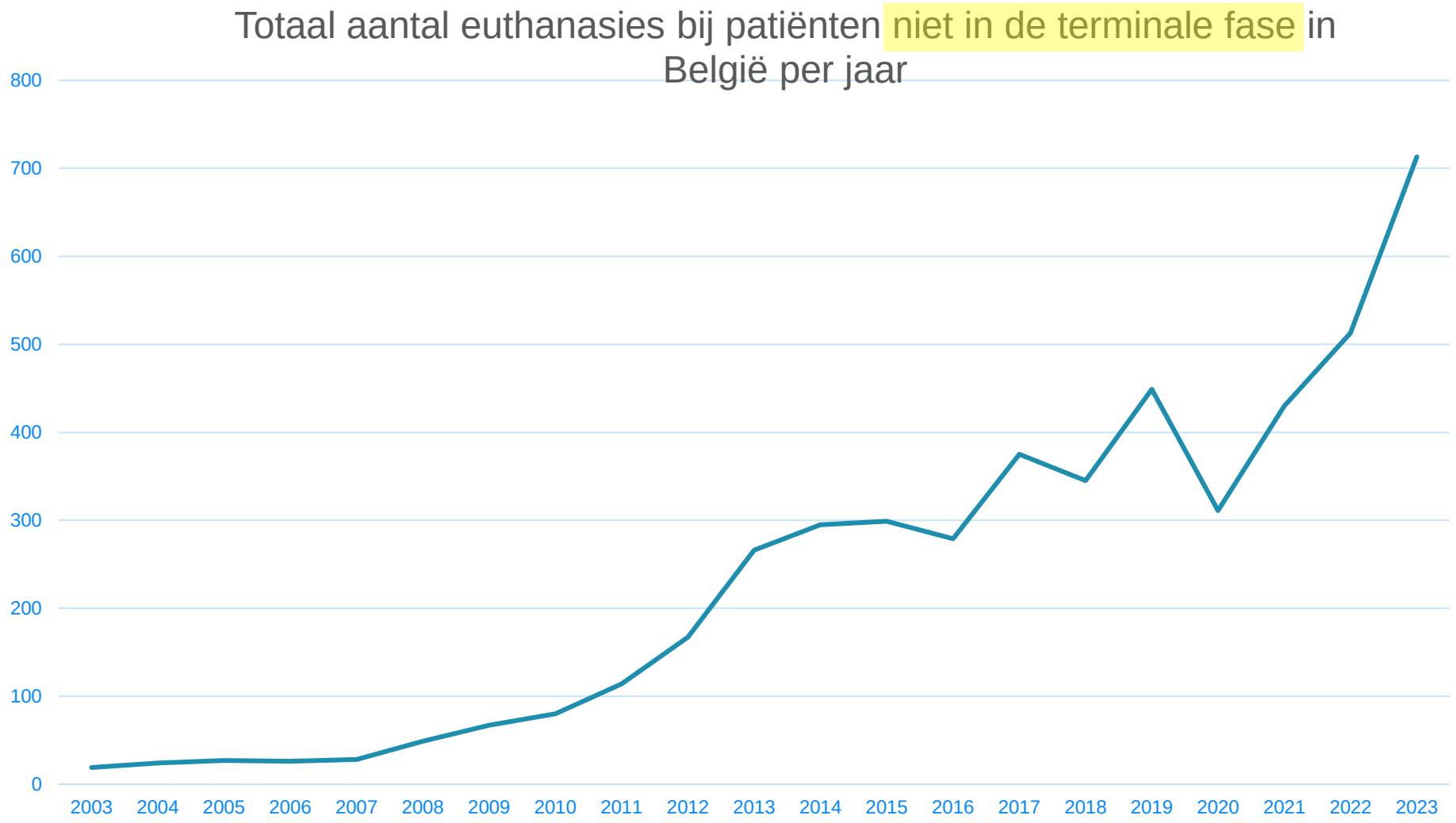
3. Parallel met evaluatie: verderzetting of herstart herstelondersteunende zorg *(tweesporenbeleid)*

4. …

Totaal aantal euthanasies in België per jaar

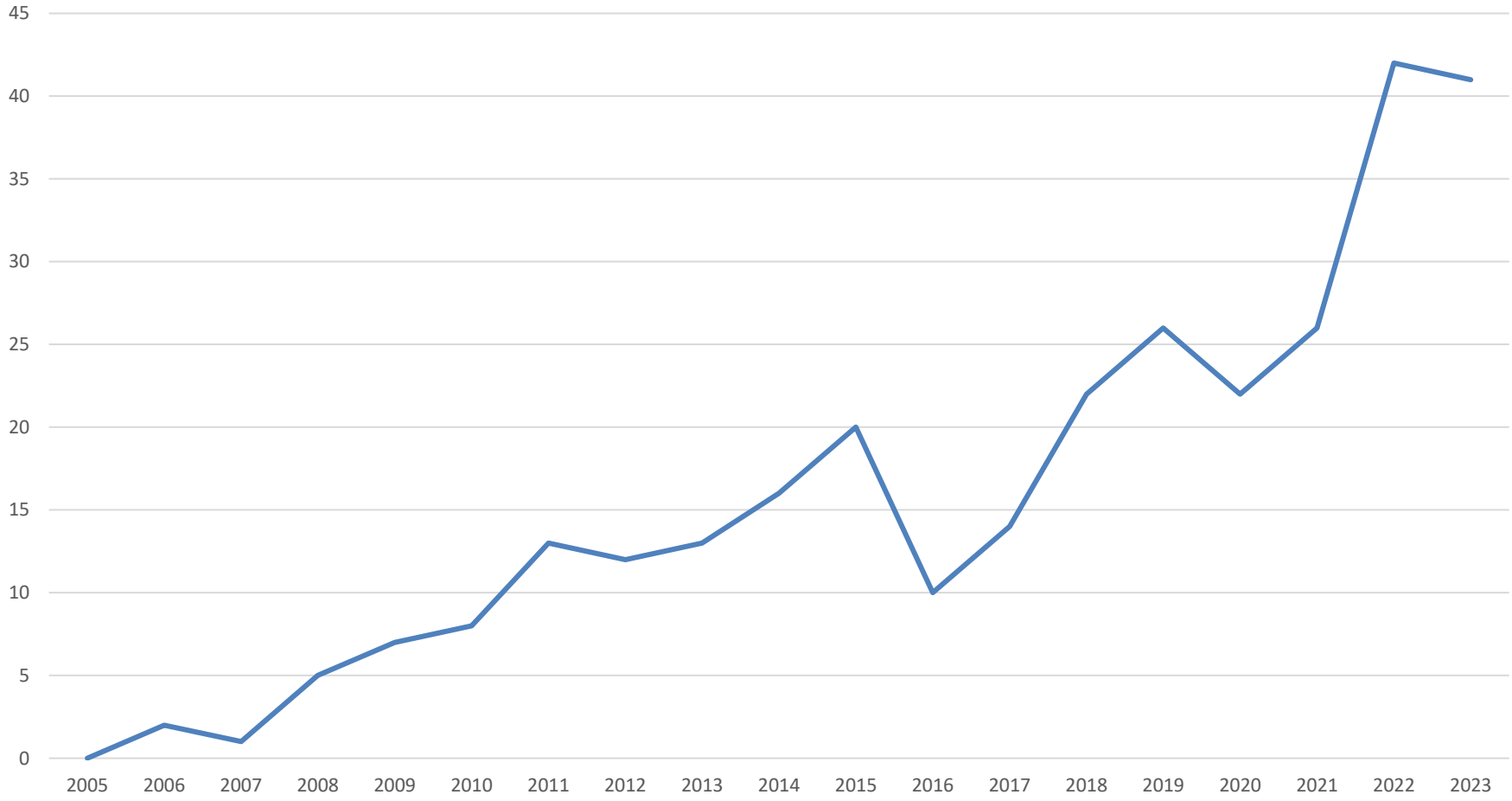


Bron: rapporten van Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie



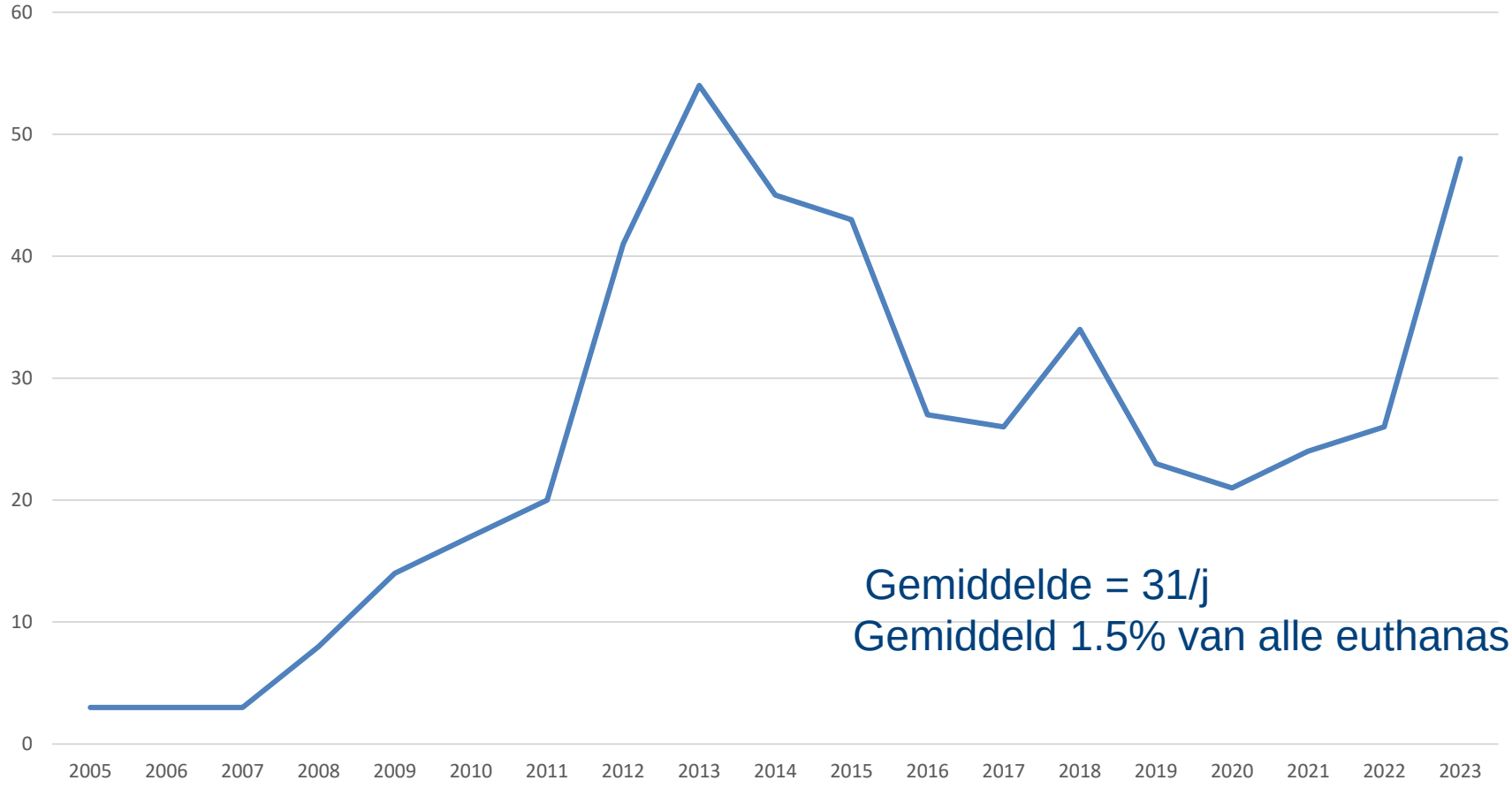
Bron: rapporten van Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

Totaal aantal euthanasies owv neurocognitieve aandoening in België per jaar



Bron: rapporten van Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

Totaal aantal euthanasies owv psychiatrische aandoening in België per jaar



Gemiddelde = 31/j
Gemiddeld 1.5% van alle euthanasies

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

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

Welke psychiatrische aandoeningen?

Demografische en klinische karakteristieken van de gerapporteerde euthanasies omwille van een psychiatrische aandoening (niet dementie) 2002-2013 (n = 117)

	Stemmingsstoornis	Stemmingsstoornis + andere psychiatrische stoornis	Andere psychiatrische stoornis	Totaal
	(aantal, %)	(aantal, %)	(aantal, %)	(aantal, %)
Aantal (rijpercentage)	83 (71%)	12 (10%)	22 (19%)	117
Geslacht				
Man	19 (23%)	3 (25%)	7 (32%)	29 (25%)
Vrouw	64 (77%)	9 (75%)	15 (68%)	88 (75%)
Leeftijd				
18-59j	29 (35%)	10 (83%)	19 (86%)	58 (50%)
60-79j	22 (26%)	2 (17%)	2 (9%)	26 (22%)
>80j	32 (39%)	0 (0%)	1 (5%)	33 (28%)

Afgeleid uit Dierickx et al. BMC Psychiatry. 2017

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

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. $N = 164$.

[a]Other disorders: dissociative disorders (1), sleep–wake disorders (1), gender dysphoria (1), paraphilic disorders (2), neurocognitive disorders (6).

Article

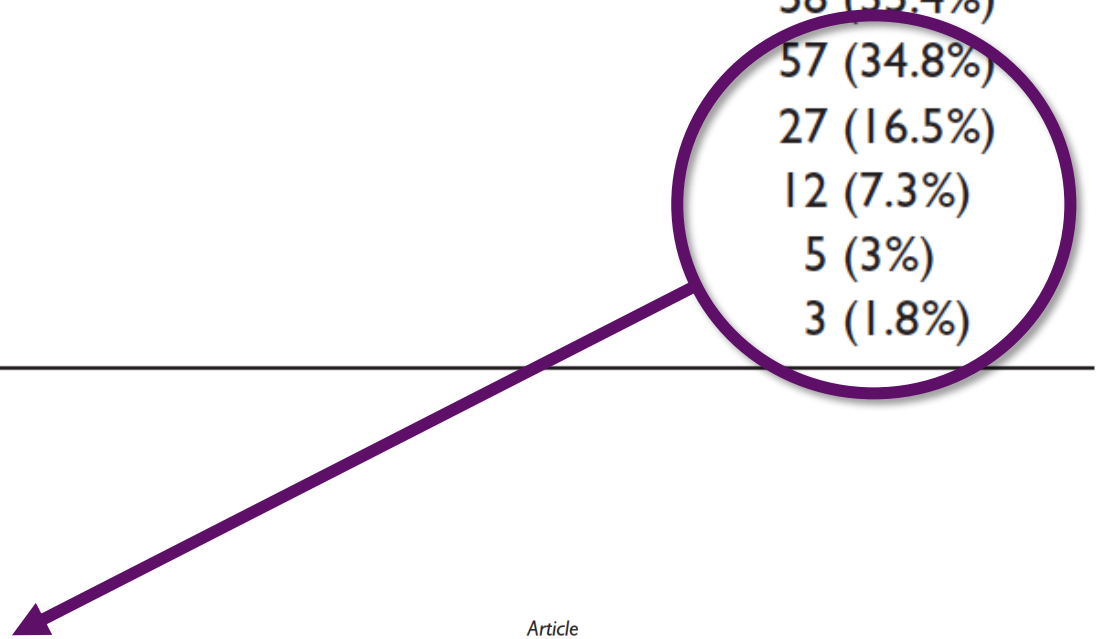
Journal of Humanistic Psychology
1–22
© The Author(s) 2025
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/00221678241313088
journals.sagepub.com/home/jhp
Sage

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

Thijs Vanhie[1], Sofie Verdegem[1], Annelies Cuypers[1], Luc Bemelmans[1], Patrick Onghena[1], and Joris Vandenberghe[1]

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

Journal of Humanistic Psychology
1–22
© The Author(s) 2025
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/00221678241313088
journals.sagepub.com/home/jhp
Sage

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

Thijs Vanhie[1], Sofie Verdegem[1], Annelies Cuypers[1], Luc Bemelmans[1], Patrick Onghena[1], and Joris Vandenberghe[1]

Praktisch

Waar kunnen verwijzers terecht voor uitklaring/ evaluatie euthanasievraag voor psychiatrisch lijden?

- *In eigen centrum?*
- LEIFpunt / Ulteam
- Vonkel
- Een handvol collega's in het Vlaamse land…
- UPC KU Leuven: LevensEinde Informatie Team (LEIT): alleen voor patiënten die in zorg zijn in UPC en intern verwezen worden
- *Erg moeilijk…*
- *Geen levenseindeklinieken (nu Expertisecentrum Euthanasie) zoals in Nederland*

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, meer dan 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

Principes en werking LEIT – UPC KU Leuven

- Geen positief advies onder 25j
- *Minstens* 1j evaluatieperiode
- Nauwe samenwerking met Ethisch Comité en Pallitief Support Team (o.a. voor orgaandonatie)
- 2de onafhankelijk advies in principe door externe psychiater
- Uitvoering euthanasie meestal door huisarts of LEIF-arts

KU LEUVEN

Méér doen dan uitklaring en evaluatie

- Vanuit frustratie als uitklarend / adviserend psychiater
  - *Beperkingen van de evaluatieve positie*
- Vanuit vaststelling deze patiënten vaak uit de boot vielen/vallen in GGZ (mismatch tussen zorgaanbod en -nood)
- Vanuit ethisch perspectief in een land dat euthanasie owv psychiatrisch lijden mogelijk maakte

Reakiro

zorgmodel voor mensen met aanhoudende doodswens of euthanasievraag omwille van ondraaglijk psychiatrisch lijden

Broeders van Liefde ONDERWIJS EN ZORG

Walden

DE HULSTER

UPC Z.ORG KU LEUVEN

Principes van Reakiro

- Gespecialiseerde zorg op maat van deze doelgroep: ernstige psychiatrische problematiek + aanhoudende weloverwogen doodswens

- Openheid voor leven én dood:
  vrijplaats - gast - compagnon de route

- Ontwikkeling van nieuw zorgmodel dat werkt met de doodswens op basis van 4 pijlers: presentie, herstelvisie, existentiële en palliatieve pijler

- Cocreatie: ervaringsdeskundigen + andere hulpverleners

Patiëntprofiel

Uitgaan van specifieke eigenschappen / noden: heel vaak

- Complexe, chronische problematiek met aanhoudend grote lijdensdruk
- Verweven met geschiedenis van ingrijpende levensgebeurtenissen, psychosociale problemen *(eenzaamheid, armoede,…)*
- Verweven met pijnlijk ervaren zinverlies: overleven, *mismatch*
- Veel ggz-hulp gehad + het gehad met ggz *(behandelmoe tot aversie)*
- Langdurig en weloverwogen bezig met vraag: al dan niet verder leven?

Principes van Reakiro

- Gescheiden van de evaluatieve positie (geen uitklaring euthanasievraag), met engagement van partners om complementaire zorg + evaluatie van de euthanasievraag bij hun patiënten op te nemen
- Geen integraal zorgaanbod dus complementair met andere GGZ-zorg: voorwaarde parallel andere GGZ
- Laagdrempelige zorg op maat van elke gast
- Klinisch wetenschappelijk onderzoek naar werking

Broeders van Liefde ONDERWIJS EN ZORG

Walden

DE HULSTER

UPC KU LEUVEN

Mechelsestraat 103 in Leuven

www.reakiro.be

reakiro

Aanbod van Reakiro

- Voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek + aanhoudende doodswens (onze gasten): inloophuis, informatie, buddy- en vrijwilligerswerking, individuele gesprekken, creatief werk, groepsaanbod, lotgenotencontact...

- Voor naasten: informatie, opvang, begeleiding,…

- Voor hulpverleners: informatie, teamondersteuning, opleiding,…

(expertisecentrum)

Historiek

- 2018-20: voorbereiding
- Maart 2020: opening Reakiro Leuven
- Mei 2022: opening tweede vestiging in Brugge
  (samenwerking PC Sint-Amandus Beernem, Kliniek Sint-Jozef Pittem, PZ Heilig Hart Ieper, PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge, PTCRustenburg Brugge, PZ Heilige Familie Kortrijk en PC Menen)
- Al meer dan 1300 aanmeldingen

Article

Journal of Humanistic Psychology
1–22
© The Author(s) 2025
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/00221678241313088
journals.sagepub.com/home/jhp

Sage

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

Thijs Vanhie[1], Sofie Verdegem[1], Annelies Cuypers[1], Luc Bemelmans[1], Patrick Onghena[1], and Joris Vandenberghe[1]

INTERNATIONAL JOURNAL OF QUALITATIVE STUDIES ON HEALTH AND WELL-BEING
2025, VOL. 20, 2469361
https://doi.org/10.1080/17482631.2025.2469361

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

EMPIRICAL STUDIES

OPEN ACCESS Check for updates

Relating to life and death a qualitative study of individuals with a long-lasting death wish related to unbearable psychiatric suffering

Sofie Verdegem [a], Anke Rens[b], Joris Vandenberghe [c], Jessie Dezutter [d], Thijs Vanhie [e], Luc Bemelmans [f] and Siebrecht Vanhooren [g]

Bedreigingen

- Geen structurele financiering – nieuwe vestigingen?
- Aanmeldingsdruk – regiobeperking
- Toegankelijke complementaire GGZ-zorg
- Erg zwaar werk – belang van goede teamwerking (intervisie, coaching,…)
- *Uitklaring / evaluatie van de euthanasievraag: onvoldoende beschikbaar en toegankelijk*

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 leidingevenden?
- …

O.a. gebaseerd op Verhofstadt et al. BMC Psychiatry (2020) 20:400

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

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
  - 44% is bereid een preliminair adviserende rol op te nemen
  - 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

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 leidingevenden?
- …

O.a. gebaseerd op Verhofstadt et al. BMC Psychiatry (2020) 20:400

Nood aan psychiaters die hierin rol willen opnemen

Wat kunnen universiteiten doen?

- Euthanasie(evaluatie) in opleiding
  - Interuniversitezire opleiding 1ste jaars
  - Verdiepingsseminarties ouderejaars
- Tijdens assistentschap meer kans om evaluatieproces mee te volgen

O.a. gebaseerd op Verhofstadt et al. BMC Psychiatry (2020) 20:400

Nood aan psychiaters die hierin rol willen opnemen

Wat kan de VVP doen?

- Adviestekst updaten, concreter maken, verder uitwerken?
- Opleiding organiseren? Nood aan specifieke opleiding versus brede opleiding tot LEIF-arts?
- Intervisie en peer support: ipv patiënt te verwijzen, neemt een psychiater / team in verwijzend centrum zelf dit op, maar met *backing*
  - *Regionaal? GGZ-netwerken?*
  - *Vlaams? VVP?*

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 de duidelijkheid van een gemotiveerd negatief advies: ‘vastlopen in hun euthanasievraag en hun proces’

Besluit

Hoe kunnen wij, de beroepsgroep, de universiteiten, de GGZ-netwerken, de VVP en andere verenigingen hieraan tegemoet komen?

Take home messages voor verwijzers

- Reakiro:
  - Regio – klein team
  - Geen uitklaring
  - Samen!
- LEIT = LevensEinde Informatie Team UPC KU Leuven
  - Voor patiënten in zorg in UPC en verwezen door arts UPC
  - Geen ‘extern’ aanbod
  - Begeleiding en ondersteuning

Besluit

- Allereerst goede zorg: herstelgericht, in maatschappij geïntegreerd, met uitgewerkt aanbod comfortzorg
- Nood aan grote openheid: beluisteren, zorgvuldig exploreren en ernstig nemen van euthanasieverzoek
- Ook nood aan terughoudendheid en bijkomende zorgvuldigheidsvereisten o.w.v.:
  - Moeilijke evaluatie van beslissingsbekwaamheid
  - Problematische evaluatie van medische uitzichtloosheid
  - Interferentie van het proces dat volgt op het euthanasieverzoek
  - Mogelijke vertekening door impliciete betekenissen en boodschappen
  - Alle kansen op herstel grijpen tijdens proces dat volgt op euthanasieverzoek

Besluit

- Welke bijkomende zorgvuldigheidsvereisten?
  - Tijd: lang proces
  - Specifieke deskundigheid naast levenseinde-expertise: evaluatie beslissingsbekwaamheid, evaluatie medische uitzichtloosheid, psychotherapeutisch, ethisch
  - Systematische kwaliteitsstandaard ‘medisch uitzichtloos’: *evidence-based* lijst van behandelingen die voor betreffende aandoening moeten geprobeerd zijn
  - Familie betrekken
  - Verderzetten behandeling volgens herstelvisie parallel met exploratie euthanasieverzoek

Besluit

- Euthanasieverzoek als hefboom om alle kansen te grijpen om zich terug op het leven (draaglijk, zinvol, kwaliteitsvol: herstelvisie) te richten,…

- …maar met de bereidheid om uiteindelijk, uitzonderlijk, als alle wettelijke voorwaarden en bijkomende zorgvuldigheidsvereisten vervuld zijn en na brede reflectie en beraadslaging, mee te werken aan de euthanasie

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. balanssuïcide of *rational suicide*)

KU LEUVEN

Evaluatie van beslissingsbekwaamheid

- Beslissingsonbekwaam
  ~ 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 specifieke expertise

Volstaan wettelijke voorwaarden?

- 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

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 (medische grondslag)
  - ~ onbehandelbaar, therapieresistent, geen redelijk perspectief meer op verbetering *('irremediable')*

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 ≠ medisch uitzichtloos

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

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.

Concreet gemaakt

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

Volstaan wettelijke voorwaarden?

- 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

KU LEUVEN

Impliciete betekenissen

Doodswens als authentieke doorleefde vraag en/of als appél, als noodkreet, als uiting van wanhoop, als uiting van gevoelens van waardeloosheid en zelfdepreciatie, als straf voor zichzelf of voor anderen, als vlucht,…

Tweesporenbeleid

- Specifieke moeilijkheden deels ondervangen door tijdens hele procedure en stappenplan twee (afgestemde) sporen aan te houden, al dan niet opgesplitst in 2 aparte trajecten:
  - Eerste spoor blijft gericht op hoop, herstel, rehabilitatie en psychiatrische palliatieve zorg (gericht op het leven).
  - Tweede spoor stelt doodswens en euthanasieverzoek centraal

Rationale (afgestemd) tweesporenbeleid

- Feit dat herstel niet uitgesloten is, zelfs bij ernstige aandoeningen, rechtvaardigt blijvende gerichtheid op leniging van lijden en op herstel, ook tijdens proces dat mogelijk volgt op euthanasieverzoek
- Patiënt kan terugvallen op herstelspoor als euthanasievraag tijdens proces verdwijnt, opgeschort of uitgesteld wordt
- Focus niet laten verengen tot dood(swens)

Rationale (afgestemd) tweesporenbeleid

- Wettelijke voorwaarde van *onafhankelijk* advies
- Scheiding tussen evaluatieve (uitklaring) en behandelpositie
- Nood aan aanspreekpunt vanuit uitklaring - blijvende (herstelgerichte) zorg (ook crisisopvang)

Tweesporenbeleid

Tweede spoor:

- Exploreren van euthanasieverzoek =

  verzoek tot actie

  + betekenisvol materiaal (‘spreken’) dat een plaats heeft in het (o.a. relationele) leven van de patiënt

- Concretiseren van verzoek indien aangewezen:

  - begeleiden van patiënt in stappenplan

  - familie en belangrijke derden betrekken

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 verplicht

Vandenberghe J. NEJM 2018
Vandenberghe, J. In: Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons From Belgium. Cambridge University Press, 2017

Euthanasieverzoek

- Een euthanasieverzoek vloeit voort uit de wens om ***zo*** niet verder te (moeten) (over)leven.
- Dus 2 mogelijke antwoorden:
  - De dood
  - Verandering in het leven of levensperspectief

Wat doen met een euthanasieverzoek ?

- Horen en ernstig nemen
- Informeren
- Start evaluatie- en exploratieproces – transparantie: tijd, naasten,…
- Wettelijke voorwaarden toetsen
- Bijkomende zorgvuldigheidsvereisten (persoonlijk, Orde VVP, Zorgnet-Iucuro,…)
- Opportuniteit om volgens herstelgerichte visie met patiënt nieuwe kansen te exploreren en mogelijk vorm te geven, bv. medische of psychotherapeutische interventies, veranderingen in de psychosociale context (opleiding, werk, vrijwilligerswerk, woonvorm, netwerk,…),…

Wat doen met een euthanasieverzoek ?

- Meerderheid van de verzoeken in psy voldoen prima facie niet aan de wettelijke voorwaarden
- Dan moeilijke evenwichtsoefening:
  - Erkenning geven aan lijden en doodswens, begrip en empathie
  - Correct informeren over wettelijk kader
    (bv. ‘nu wettelijk niet mogelijk’)
  - Onderscheid aanbrengen: empathie zonder ‘samen te vallen’

Zorgvuldigheidsvereisten

- Therapeutisch belang van openheid en bespreekbaarheid (antisuïcidaal?)
- Inbedding in bredere levenseinde benadering: DNR, wilsverklaring,…
- Veel tijd en contacten: proces
- Tijdens dit proces (blijvende) gerichtheid op het leven en op herstel: tweesporenbeleid

Zorgvuldigheidsvereisten

- Maar ook terughoudendheid (exploratie, reflectie, bespreking, intervisie) vóór actie
- Hoge en wetenschappelijk onderbouwde kwaliteitsstandaard voor criterium ‘medische uitzichtloosheid’: nood aan *evidence-based* lijst van behandelingen en interventies die voor de betreffende psychiatrische aandoening moeten geprobeerd zijn (bv depressie en ECT)

Zorgvuldigheidsvereisten

- Euthanasie niet mogelijk bij weigering van redelijk behandelperspectief
- Specifieke deskundigheid: beslissingsbekwaamheid, betreffende aandoening (D/ + onlenigbaar / onbehandelbaar), levenseinde (incl. DNR, wilsverklaring…), therapeutisch (uitklaring impliciete betekenissen, (tegen)overdracht), ethisch: impliceert pluridisciplinariteit

Zorgvuldigheidsvereisten

- Naasten betrekken
- Dossier samenstellen, horen van (vroegere) behandelaars, betrokkenen rond de tafel brengen; overleg ipv alleen schriftelijke verslaglegging (cf ad hoc)
- Cf palliatieve zorg: aandacht voor alle aspecten: medisch, psychiatrisch, sociaal, relationeel, spiritueel,…

Veel tijd en contacten

- Door proces dat volgt op euthanasieverzoek ontstaat een nieuwe situatie:

  “Wat echt het keerpunt was mij is dat ik er uit stappen als reële mogelijkheid durfde zien en dat dit gehoord en ernstig genomen werd.”

- Uniek aan psychiatrie: dit proces verandert niet alleen potentieel de doodswens en houding van patiënt, maar ook de aandoening (en dus beloop en prognose)
- Daarom moet dit proces de tijd krijgen: alle herstelkansen grijpen
- Lang evaluatieproces ~ complexiteit