

Euthanasie: opvattingen en ervaringen van universitair werkzame Vlaamse psychiaters

S. Wouters, J. Vandenberghe, J. De Lepeleire, L. Van Bouwel, M. De Hert

- Achtergrond** Er is weinig bekend over de opvattingen van Belgische psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater over euthanasie bij psychiatrische aandoeningen.
- Doel** In kaart brengen van opvattingen over en ervaringen met euthanasie van de artsen verbonden aan een universitair psychiatrisch centrum.
- Methode** Een mail werd gestuurd naar in totaal 111 psychiaters en psychiaters in opleiding verbonden aan het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven met een vragenlijst. Deze bestond uit drie onderdelen, met vragen over het profiel van de respondent, de eigen opvattingen over euthanasie bij verschillende vignetten en de incidentie van verschillende types euthanasieverzoeken gedurende de voorbije 5 jaar.
- Resultaten** De responsratio was 45%. Een meerderheid van de psychiaters van een universitair psychiatrisch centrum stond accepterend tegenover euthanasie, ook in geval van een psychiatrische ziekte (64%) of een combinatie van niet-terminale somatische en psychosociale klachten (60%). Gelovige psychiaters vonden euthanasie minder aanvaardbaar dan niet-gelovige collega's. Psychiaters die al meer dan 20 jaar aan het werk waren, stonden meer open voor euthanasie dan hun jongere afgestudeerde collega's, maar minder dan psychiaters in opleiding. De ervaring met het zelf uitvoeren van euthanasie was beperkt.
- Conclusie** De algemene attitude naar euthanasie onder psychiaters verbonden aan een universitair psychiatrisch centrum lijkt vrij aanvaardend. Meer onderzoek bij een uitgebreidere populatie is aangewezen.

De Belgische wet die sinds 2002, gelijktijdig met Nederland, het uitvoeren van euthanasie een legaal kader geeft, laat expliciet ruimte voor de mogelijkheid tot euthanasie wegens psychisch lijden. De vereisten zijn dat de arts zich er van moet verzekeren dat de patiënt handelingsbekwaam, meerderjarig en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek, dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, dat het verzoek niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk, dat de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat deze toestand het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. Verschillen met Nederland zijn dat voor patiënten die niet terminaal zijn het consult van een derde arts, met name een psychiater of een specialist in de ziekte die de

patiënt heeft, verplicht is en dat er minstens een maand tijd moet zijn tussen het euthanasieverzoek en de uitvoering ervan.

In tegenstelling tot Nederland voorziet de Belgische wetgeving geen kader voor hulp bij zelfdoding (Smets e.a. 2010; Steck e.a. 2013). Uit persberichten van respectievelijk de Belgische en Nederlandse toetsingscommissies voor euthanasie blijkt dat in België in 2018 57 meldingen van euthanasie om psychiatrische redenen werden geregistreerd (2,4% van het totale aantal meldingen van euthanasie), in Nederland in 2019 68 meldingen (1,1% van het totale aantal meldingen).

Binnen de psychiatrie als discipline is euthanasie een gevoelig thema, dat frequent voor verdeeldheid zorgt in het maatschappelijke debat. Verschillende recente visieteksten geven richtlijnen over euthanasie bij psychiatrische aandoeningen die meer zorgvuldigheidsvereisten

AUTEURS

Shana Wouters, psychiater-psychotherapeut in opleiding, UPC KU Leuven.

Joris Vandenberghe, psychiater-psychotherapeut, PC KU Leuven en Onderzoeksgroep Psychiatrie, departement Neurowetenschappen, Groep Biomedische Wetenschappen, KU Leuven.

Jan De Lepeleire, huisarts, en hoogleraar Huisartsgeneeskunde, UPC KU Leuven en Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven.

Ludwina Van Bouwel, psychiater-psychotherapeut, UPC KU Leuven, campus Kortenberg en privépraktijk, Lint.

Marc De Hert, psychiater-psychotherapeut, UPC KU Leuven, departement neurowetenschappen KU Leuven; hoogleraar Gezondheidsrecht en gezondheidsethiek AHLEC, UAntwerpen.

Correspondentieadres

Dr. Shana Wouters, UPC KU Leuven, Herestraat 49 3000 Leuven, België.

E-mail: shana.1.wouters@upckuleuven.be

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-11-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(5):336-342

stellen dan wat de wet stipuleert, bijvoorbeeld het advies tot betrekken van de context en het organiseren van een fysiek overleg tussen de betrokken artsen (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie 2017; Zorgnet Icuuro 2018; Orde der Artsen 2019).

Desondanks is er weinig bekend over de opvattingen over en de ervaring met euthanasie bij psychiatrische aandoeningen van Belgische artsen. Een artikel over de standpunten van Belgische huisartsen is één van de weinige artikelen die over dit onderwerp te vinden zijn (Sercu e.a. 2012). Hieruit bleek dat huisartsen vaak begrip hadden voor de euthanasievraag van hun patiënt, maar weinig bereid waren om die zelf uit te voeren.

In Nederland werd in 2011 een rondvraag gedaan over de standpunten van Nederlandse artsen over euthanasie door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG): de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. In de derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Onwuteaka e.a. 2017) wordt een apart hoofdstuk gewijd aan de opvattingen en ervaringen van Nederlandse psychiaters met euthanasie. Hoewel het aantal (uitgevoerde) verzoeken is toegenomen, zijn Nederlandse psychiaters terughoudender geworden tegenover levensbeëindiging op verzoek bij psychiatrische patiënten.

Vorig jaar verscheen een enquête over euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiaters in opleiding in Zuid-Nederland (Penders e.a. 2019). De meerderheid geeft daar aan bereid te zijn om zelf euthanasie te verlenen. Recent verscheen een artikel over de bereidwilligheid

van Nederlandstalige psychiaters in Vlaanderen om een euthanasietraject te starten bij psychiatrische patiënten (Verhofstadt e.a. 2020).

DOEL

Ons onderzoek had als doel de incidentie van aanvragen en praxis van euthanasie wegens van psychisch lijden binnen het netwerk van het universitair psychiatrisch centrum in kaart te brengen. We gingen op zoek naar de interne motivaties en ethische afwegingen die psychiaters, verbonden aan dit centrum, maken wanneer zij worden geconfronteerd met een vraag naar euthanasie om psychisch lijden. Hierbij gingen we na of kenmerken zoals leeftijd, religie of therapeutische achtergrond een invloed konden hebben op de attitude tegenover en de ervaringen met euthanasie.

Op deze manier trachten we een eerste, beperkte toetsing te doen van de houding tegenover dit moeilijke onderwerp en deze te vergelijken met de standpunten van Nederlandse artsen, zoals bekend uit de rondvraag uit 2011 van de KNMG, als voorstudie voor uitgebreider onderzoek. Nadien werd tevens vergeleken met nieuw verschenen resultaten uit de derde evaluatie van Onwuteaka en over de houding van psychiaters in opleiding in Nederland (Penders e.a. 2019).

METHODE

Wij hielden een webbased bevraging onder de psychiaters van Universitair Psychiatrisch Centrum Katholieke

Universiteit Leuven (UPC KU Leuven), een overkoepelende organisatie van de campussen voor psychiatrische zorg te Leuven en Kortenberg en hun gelieerde initiatieven. Verspreid hier werken 15 kinderpsychiaters, 32 volwassenenpsychiaters, 6 ouderenpsychiaters en 58 artsen in opleiding tot psychiater (ASO's).

We stuurden een mail naar alle psychiaters, met het verzoek om een anonieme vragenlijst in te vullen. De vragenlijst bestond uit drie onderdelen, met respectievelijk vragen naar het profiel van de respondent, zijn eigen overtuigingen over euthanasie en de incidentie van verschillende types euthanasieverzoeken gedurende de voorbije 5 jaar.

Om vergelijkend onderzoek mogelijk te maken met eerder onderzoek uit Nederland werden 7 vignetten uit de tweede sectie letterlijk overgenomen uit de genoemde rondvraag van de KNMG, afgenomen bij hun ledenpanel. De uitnodiging werd via interne mail verstuurd op 24 februari 2017, de peiling werd afgesloten op 23 maart 2017.

Er werd een *one-way*-variantieanalyse (ANOVA) uitgevoerd op de gegevens uit het onderdeel 'eigen mening' (afhankelijke variabelen) met de verschillende groepen die uit de vragen van onderdeel 'identificatie' ontstonden als onafhankelijke variabelen. Om ongelijkheden in leeftijd/werkduur te onderzoeken en genoeg input per categorie te verkrijgen, verdeelden we de antwoordmogelijkheden in drie groepen verdeeld, namelijk 'ASO', '1-20 jaar aan het werk als psychiater' (samentrekking van de categorieën 1-10 en 11-20 jaar) en 'meer dan 20 jaar aan het werk als psychiater' (samentrekking van de categorieën 21-30 en > 30 jaar).

RESULTATEN

Sectie 1: identificatie

De globale responsratio was 45% (50/111); 51% voor de mannelijke (25/49) en 40% voor de vrouwelijke artsen (25/62). 53% van de vaste stafleden reageerde (26/53) en 40% (24/58) van de ASO's. In het algemeen was er een relatieve oververtegenwoordiging van mannelijke stafleden (respons 56%) en een ondervertegenwoordiging van vrouwelijke ASO's (respons 38%). Wat betreft de verschillende afdelingen waren volwassenen- en ouderenpsychiatrie voldoende vertegenwoordigd (respectievelijk 3/6 (50%) en 18/33 (55%) stafleden). Er reageerden maar 2 van de 15 kinderpsychiaters (13%).

De drie meest voorkomende gevolgde therapieopleidingen waren de gedragstherapeutische (11/50), de psychodynamische (12/50) en de systeemtherapeutische (11/50), respectievelijk goed voor 22%, 24% en 22%. 17 artsen waren op het ogenblik van respons (nog) geen therapieopleiding gestart (34%), de grote meerderheid van hen (14/17) betrof ASO's.

16 artsen (32%) benoemden zichzelf als gelovig, 32 niet (64%). Twee artsen wilden geen antwoord geven op deze vraag (4%).

Sectie 2: eigen mening

Bij een toetsing van de eigen kennis bleek één arts (2%) te denken dat euthanasie bij psychiatrische aandoeningen niet mogelijk is binnen de Belgische wetgeving. 66% van de aangeschreven artsen kon zich enigszins tot volledig vinden in het begrip 'ondraaglijk lijden' als criterium voor euthanasie binnen een context van psychiatrische ziekten; binnen dezelfde context vond 72% het begrip 'uitzichtloosheid' een zinvol en wenselijk criterium.

Vervolgens werd de artsen gevraagd naar hun eigen ethisch oordeel bij voorgelegde vignetten, los van de huidige wettelijke regeling. Bij een somatische aandoening zoals pancreaskanker vond 42% van de respondenten euthanasie aanvaardbaar in een niet-terminaal stadium, bijna iedere arts (94%) vond het aanvaardbaar wanneer de patiënt wel een terminaal stadium heeft bereikt.

Bij een neurodegeneratieve aandoening zoals dementie kon euthanasie voor de helft (50%) van de respondenten in een beginnend stadium van de ziekte aanvaardbaar zijn. Hoewel dit heden niet mogelijk is binnen de Belgische wet, kon euthanasie op basis van een wilsverklaring in een laat stadium van dementie voor een meerderheid van de respondenten (74%) acceptabel zijn. 20% van de artsen kon niet akkoord gaan met euthanasie bij een psychiatrische ziekte, 64% zou dit kunnen aanvaarden, 16% uitte zich neutraal. Wat betrof euthanasie in geval van levensmoeheid kon 64% van de respondenten dit niet accepteren. Een minderheid (14%) vond hulp bij zelfdoding meer aanvaardbaar dan euthanasie, 32% bleef hierover neutraal.

Ongeveer drie op vijf artsen zou zich kunnen vinden in euthanasie bij een opstapeling van ouderdomskwalen en aftakelingsverschijnselen (58%) of bij een opeenstapeling van medische en niet-medische problemen (60%). Voor de helft (48%) van de respondenten was een medisch classificeerbare aandoening een voorwaarde voor euthanasie, ongeveer een kwart (28%) vond dit niet nodig. 38% van de respondenten vond een terminale ziekte noodzakelijk voor euthanasie. Een overgrote meerderheid (88%) van de artsen ten slotte zou een patiënt doorverwijzen, mocht hij/zij zelf niet openstaan voor euthanasie.

Wanneer we de resultaten van het onderdeel 'eigen mening' sorteerden op basis van de gegevens die de artsen in het onderdeel 'identificatie' hadden doorgegeven, sprongen bepaalde verschillen in het oog. Om deze te staven voerden we een *one-way*-ANOVA uit op de gegevens uit het onderdeel 'eigen mening' (afhankelijke variabelen) met de verschillende groepen die uit de vragen van het onderdeel 'identificatie' ontstonden als onafhankelijke variabelen. Op basis van geslacht keken we naar verschillen tussen de groepen 'man' en 'vrouw'. Hieruit kwamen geen statistisch significante verschillen. Wel bleken er statistisch significante verschillen in antwoorden per leeftijd te zijn voor de stellingen 'Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een

patiënt met gevorderde dementie op basis van een wilsverklaring kan voor mij aanvaardbaar zijn' en 'Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met levensmoeheid kan voor mij aanvaardbaar zijn' (zie tabel 1). In beide gevallen stonden de ASO's het meeste open voor euthanasie. De artsen die afgestuurd waren als psychiater maar maximaal 20 jaar aan het werk waren het minst.

Ook voor een categorisatie op wel of niet gelovig deden we een statistische analyse. Daaruit bleek dat bij 8 van de 12 vragen statistisch significante verschillen werden gezien tussen de houdingen van gelovigen en niet-gelovigen tegenover euthanasie (zie tabel 2). Enkel wat betrof de stellingen over pancreaskanker in een beginnend en terminaal stadium, de stelling over medische hulp bij zelfdoding en die over een doorverwijzing naar collega's liepen de antwoorden enigszins gelijk voor gelovigen en niet-gelovigen. Bij alle overige stellingen stonden gelovigen consequent veel minder open voor euthanasie dan niet-gelovigen, zo vond 77% van de gelovigen euthanasie alleen aanvaardbaar bij een terminale ziekte, tegenover 22% van de niet-gelovigen.

Wat betrof een categorisatie op basis van werkterrein en psychotherapie-opleiding waren de daaruit resulterende

categorieën te beperkt qua inhoud om statistische analyses op uit te voeren.

Sectie 3: incidentie

Een meerderheid van de artsen (62%) kreeg de voorbije 5 jaar zelf een euthanasieverzoek van één of meerdere patiënten. Van de 19 artsen die geen verzoek kregen, waren er 10 nog ASO en dus nog geen 5 jaar aan het werk. Bij de artsen die euthanasieverzoeken kregen, vielen twee trends waar te nemen: 5 artsen hadden het verzoek nooit ernstig overwogen (deze artsen stonden echter niet negatiever tegenover euthanasie dan de anderen), de overigen overwogen een verzoek in de meerderheid van de gevallen wel ernstig. Wanneer de arts het verzoek ernstig overwoog (circa 50% van de verzoeken), ondernam hij of zij in ongeveer twee derde van de gevallen ook stappen om de euthanasieprocedure op te starten. Globaal gezien ondernam ongeveer een derde na een euthanasieverzoeken stappen om de procedure op te starten.

10 artsen (20%) werd al gevraagd als tweede of derde arts om een euthanasieverzoek te evalueren. 2 van deze artsen kregen al meer dan 20 keer deze vraag, zij gaven ongeveer even vaak een positief als een negatief advies.

Tabel 1. Gemiddelde antwoord van verschillende artsen (n = 48) met verschillende werkduur, wanneer we de antwoordmogelijkheden over een continuüm beschouwen, van 1 voor 'helemaal niet mee eens' tot 5 voor 'helemaal wel mee eens'

| | ASO | 1-20 J | > 20 J | P* |
|--|------|--------|--------|--------------|
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met pancreaskanker in een niet-terminaal stadium kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 3,13 | 3,08 | 2,62 | 0,472 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met pancreaskanker in een terminaal stadium kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 4,63 | 4,38 | 4,31 | 0,536 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met beginnende dementie kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 3,25 | 3,00 | 3,15 | 0,850 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met gevorderde dementie op basis van een wilsverklaring kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 4,21 | 3,00 | 3,92 | 0,012 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische ziekte kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 3,63 | 3,62 | 3,23 | 0,550 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met levensmoeheid kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 2,5 | 1,62 | 2,15 | 0,009 |
| Medisch begeleide zelfdoding (als de patiënt daar zelf toe in staat is, in aanwezigheid en onder begeleiding van de arts, volgens dezelfde voorwaarden en zorgvuldigheidscriteria) is voor mij meer aanvaardbaar dan euthanasie in de strikte zin van het woord. | 2,50 | 2,92 | 2,62 | 0,495 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt die ondraaglijk lijdt aan een opeenstapeling van ouderdomskwalen en aftakelingsverschijnselen kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 3,50 | 3,15 | 3,46 | 0,644 |
| Bij een oudere die als gevolg van een opeenstapeling van medische en niet-medische problemen ondraaglijk lijdt kan euthanasie of medisch begeleide zelfdoding voor mij aanvaardbaar zijn. | 3,71 | 3,15 | 3,77 | 0,262 |
| Voor mij is een medisch classificeerbare aandoening (dus meer dan een medische grondslag) een voorwaarde om euthanasie of medisch begeleide zelfdoding uit te voeren. | 3,04 | 3,38 | 3,23 | 0,619 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding is voor mij alleen aanvaardbaar als de patiënt aan een terminale ziekte lijdt. | 2,88 | 2,54 | 3,00 | 0,564 |
| Ik zorg dat mijn patiënt naar een collega wordt verwezen als ik euthanasie of medisch begeleide zelfdoding onaanvaardbaar vind. | 4,21 | 4,62 | 3,83 | 0,067 |

*Statistisch significante verschillen vetgedrukt.

Tabel 2. Gemiddeld antwoord van gelovige en niet-gelovige artsen (n = 48) wanneer we de antwoordmogelijkheden over een continuüm beschouwden, van 1 voor 'helemaal niet mee eens' tot 5 voor 'helemaal wel mee eens'; statistisch significante verschillen vetgedrukt

| | GELOVIG | NIET GELOVIG | P* |
|--|---------|--------------|--------------|
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met pancreaskanker in een niet-terminaal stadium kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 2,94 | 3,03 | 0,810 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met pancreaskanker in een terminaal stadium kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 4,50 | 4,50 | 1,000 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met beginnende dementie kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 2,44 | 3,53 | 0,004 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met gevorderde dementie op basis van een wilsverklaring kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 3,25 | 4,09 | 0,026 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische ziekte kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 2,88 | 3,84 | 0,003 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt met levensmoeheid kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 1,75 | 2,44 | 0,013 |
| Medisch begeleide zelfdoding (als de patiënt daar zelf toe in staat is, in aanwezigheid en onder begeleiding van de arts, volgens dezelfde voorwaarden en zorgvuldigheidscriteria) is voor mij meer aanvaardbaar dan euthanasie in de strikte zin van het woord. | 2,69 | 2,66 | 0,923 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding bij een patiënt die ondraaglijk lijdt aan een opeenstapeling van ouderdomskwalen en aftakelingsverschijnselen kan voor mij aanvaardbaar zijn. | 2,88 | 3,72 | 0,010 |
| Bij een oudere die als gevolg van een opeenstapeling van medische en niet-medische problemen ondraaglijk lijdt kan euthanasie of medisch begeleide zelfdoding voor mij aanvaardbaar zijn. | 3,00 | 3,91 | 0,005 |
| Voor mij is een medisch classificeerbare aandoening (dus meer dan een medische grondslag) een voorwaarde om euthanasie of medisch begeleide zelfdoding uit te voeren. | 3,75 | 2,88 | 0,005 |
| Euthanasie of medisch begeleide zelfdoding is voor mij alleen aanvaardbaar als de patiënt aan een terminale ziekte lijdt. | 3,38 | 2,50 | 0,011 |
| Ik zorg dat mijn patiënt naar een collega wordt verwezen als ik euthanasie of medisch begeleide zelfdoding onaanvaardbaar vind. | 4,19 | 4,31 | 0,612 |

*Statistisch significante verschillen vetgedrukt.

De artsen die reeds enkele malen de vraag kregen, gaven meestal een positief advies. Van de 50 respondenten hadden 2 artsen (4%) in de voorbije 5 jaar euthanasie uitgevoerd. Zij deden dit beiden tweemaal, de ene in een psychiatrisch ziekenhuis, de andere in een algemeen ziekenhuis. Beide artsen vonden medische hulp bij zelfdoding veel aanvaardbaarder dan euthanasie, in tegenstelling tot de meerderheid (54%) van de respondenten.

DISCUSSIE

Deze studie is het eerste onderzoek in zijn soort in België. De responsgraad van 45% is vergelijkbaar met die van het Nederlandse onderzoek bij huisartsen en specialisten (45%), die van het Nederlandse onderzoek bij psychiaters in opleiding (47%) (KNMG 2011; Penders e.a. 2019) en die van het onderzoek bij VVP-leden (Verhofstadt e.a. 2020). De lage respons van de kinder-

psychiaters kan verklaard worden doordat deze artsen minder in contact komen met langdurige psychiatrische problematiek en daardoor mogelijk minder betrokken zijn bij het thema euthanasie.

Vergelijking met Nederlandse onderzoek

Opvallend uit de bevraging van eigen kennis en standpunten is dat één psychiater in opleiding denkt dat euthanasie op basis van een psychiatrische ziekte niet binnen het wettelijke kader past. De mate waarin Belgische psychiaters verbonden aan UPC zich kunnen vinden in de begrippen 'ondraaglijk lijden' en 'uitzichtsloosheid' binnen de context van psychiatrische ziekten (respectievelijk 66% en 72%) ligt in dezelfde lijn als wat Nederlandse psychiaters rapporteren (Onwuteaka e.a. 2017), waar 70% het oneens was met de stelling: 'Het is onmogelijk te beoordelen of een psychiatrische patiënt ondraaglijk en uitzichtsloos lijdt'.

Wanneer we de resultaten van dit onderzoek vergelijken met die van de KNMG valt op dat de psychiaters meer openstaan voor euthanasie bij psychiatrische ziekten dan de artsen van de KNMG. Het relatief lage percentage in het Nederlandse onderzoek zou verklaard kunnen worden vanuit het feit dat de door de KNMG aangeschreven artsen geen psychiaters waren en mogelijk een onvolledig beeld hebben van psychiatrische ziekten. Wat betreft het hoge percentage bij de Belgische psychiaters is het belangrijk op te merken dat recent, na deze bevraging, zowel de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie in 2017 als de Belgische Orde der Artsen in 2019 richtlijnen uitschreef met met bijkomende zorgvuldigheid met euthanasieverzoeken om te gaan. Een groot verschil kan tevens gezien worden tussen het aantal artsen van het UPC dat bereid is om een patiënt met een euthanasievraag door te verwijzen naar een collega en het aantal artsen van de KNMG, die hier veel meer neutraal in bleven. Aangezien deze bevraging zes jaar na die van de KNMG is uitgevoerd, zijn de resultaten mogelijk te verklaren vanuit een toegenomen kennis en sensibilisering over de materie.

Effect opleiding

Er viel een trend waar te nemen dat artsen die de opleiding tot psychiater voltooid hadden en maximaal 20 jaar aan het werk waren in het algemeen minder open stonden voor euthanasie dan de artsen in opleiding en de psychiaters die al meer dan 20 jaar aan het werk waren. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de ASO's nog geen volledige verantwoordelijkheid dragen en dat psychiaters die al langer aan het werk zijn meer ervaring hebben en mogelijk meer vertrouwen hebben in hun eigen oordeel. Dit staat in contrast tot de resultaten van het onderzoek van Verhofstadt e.a. (2020), waar oudere psychiaters met meer werkervaring zich beduidend terughoudender uiten dan hun jongere collega's.

Effect religie

Ook op religieus vlak werden verschillen geobserveerd. Gelovigen verschillen amper van mening met niet-gelovigen bij de vignetten over terminale pancreaskanker, voorkeur voor hulp bij zelfdoding en doorverwijzen naar een collega. Waar de vignetten raken aan thema's zoals psychiatrie, dementie en levensmoeheid staan gelovigen beduidend minder open voor euthanasie dan niet-gelovigen. Het is duidelijk dat de religieuze waarden van invloed zijn op de houding tegenover het levenseinde. De katholieke achtergrond van UPC KU Leuven indachtig bestaat de mogelijkheid dat gelovige psychiaters alhier overgerepresenteerd zijn of dat de opvattingen van de bevragden beïnvloed werden door de ideologie van hun werkgever.

Voorkeuren en verdere bevindingen

Opmerkelijk uit de opiniebevraging is dat een meerderheid van de artsen aangeeft euthanasie in theorie te verkiezen boven medisch begeleide zelfdoding, maar dat de

twee artsen die effectief al ooit euthanasie uitvoerden beiden hulp bij zelfdoding verkozen, net zoals de meerderheid van de Nederlandse psychiaters die werden geïnterviewd in de derde evaluatie (Onwuteaka e.a. 2017). Ook kan driekwart van de bevragde artsen zich vinden in euthanasie bij een patiënt in een laat stadium van dementie op basis van een wilsverklaring, hoewel dit in België, in tegenstelling tot in Nederland, wettelijk niet mogelijk is. Het lijkt dat veel psychiaters (in opleiding) dit een lacune in de wetgeving vinden. Uit de resultaten van de incidentiebevraging blijkt dat een groot percentage van het aantal euthanasieverzoeken ernstig werd genomen. Mogelijk speelt hier een recallbias, waarbij voornamelijk de verzoeken werden onthouden die voor de arts redelijk leken en waarbij hij of zij er verder op in is gegaan. 10 psychiaters werden al gevraagd voor een tweede of derde opinie in een euthanasieprocedure. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de bevraging werd uitgevoerd bij artsen verbonden aan een tertiaire instelling binnen de geestelijke gezondheidszorg met universitaire opleidingsbevoegdheid, die ook een belangrijke liaisonfunctie vervult voor andere disciplines.

Sterke en zwakke punten

Naast sterktes, zoals de hoge responsgraad van 45% en de mogelijkheden tot vergelijking met het Nederlandse onderzoek, zijn er ook zwakke punten aan deze studie. Het voornaamste zwakke punt is de beperkte populatie. Wegens het jaarlijkse verloop van ASO's werkzaam aan het UPC zullen de gevonden resultaten binnen enige tijd niet meer representatief zijn voor de opvattingen en ervaringen van de artsen verbonden aan het UPC. Wanneer we enkel rekening houden met de antwoorden gegeven door stafleden, is de input te beperkt om sluitende conclusies uit te trekken. Niettemin zijn er interessante gegevens uit deze studie naar voren gekomen, wat duidelijk maakt dat het bovenal belangrijk is meer onderzoek uit te voeren naar dit onderwerp bij een uitgebreidere populatie aan psychiaters.

CONCLUSIE

Deze studie is de eerste in België naar de opvattingen van psychiaters over euthanasie en hun ervaringen hiermee. Hieruit bleek dat gelovigen minder acceptierend tegenover euthanasie stonden dan niet-gelovigen. Artsen die nog niet zo lang aan het werk waren als psychiater stonden minder acceptierend tegenover euthanasie dan psychiaters in opleiding en meer ervaren collega's. Algemeen werd aangegeven dat de meerderheid van de artsen van UPC KU Leuven vrij acceptierend kijken naar euthanasie, ook in geval van een psychiatrische ziekte of een combinatie van niet-terminale somatische en psychosociale klachten. Wanneer zij euthanasie onaanvaardbaar vinden, verwijzen ze de patiënt door naar een collega.

Een ruime meerderheid van de afgestudeerde psychiaters heeft ervaring met ernstige en aanhoudende euthanasieverzoeken, slechts twee artsen hebben ervaring met de eigenlijke acte en geven aan medische hulp bij zelfdoding te prefereren boven euthanasie.

Door de beperkte populatiegrootte dienen de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Deze studie toont aan dat onderzoek bij een uitgebreidere populatie belangrijk is om de opvattingen en ervaringen van Belgische psychiaters in verband met euthanasie in kaart te brengen.

 Martien Wampers verrichtte de statistische analyses.

LITERATUUR

- Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Persbericht 'Euthanasie - cijfers voor het jaar 2018'. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2019. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/fcee_cijfers-2018_persbericht.docx
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. 2011. <https://www.knmg.nl/zelfgekozen-levenseinde/>
- Onwuteaka-Philipsen B, Legemaate J, van der Heide A, van Delden H, Evenblij K, El Hammoud I, e.a. Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Reeks evaluatie regelgeving: deel 40. Den Haag: ZonMw; 2017.
- Orde der artsen. Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening. Tijdschrift Nationale Raad 165. 2019. <https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/deontologische-richtlijnen-voor-de-toepassing-van-euthanasie-bij-patiënten-die-psychisch-lijden-ten-gevolge-van-een-psychiatrische-aandoening>
- Penders GEM, Van Nispen tot Pannerden A, Van Loenen G, Van De Vathorst S, Van Der Heijden FMMA. Euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten; wat vinden artsen psychiatrie? Tijdschr Psychiatr 2019; 61: 248-56.
- Regionale toetsingscommissies Euthanasie. Jaarverslag 2019. 2019. <https://www.euthanasiacommissie.nl/binaries/euthanasiacommissie/documenten/jaarverslagen/2019/april/17/index/Jaarverslag+2019.pdf>
- Sercu M, Pype P, Christiaens T, Grypdonck M, Derese A, Deveugele M. Are general practitioners prepared to end life on request in a country where euthanasia is legalised? J Med Ethics 2012; 38: 274-80.
- Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Deliëns L. Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases. Med Care 2010; 48: 187-92.
- Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. Med Care 2013; 51: 938-44.
- Verhofstadt M, Audenaert K, Van den Broeck K, Deliëns L, Mortier F, Titeca K, e.a. Belgian psychiatrists' attitudes towards, and readiness to engage in, euthanasia assessment procedures with adults with psychiatric conditions: a survey. BMC Psychiatry 2020; 20: 374.
- Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie. Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader? Adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten. Kortenberg; 2017. https://vvpvonline.be/uploads/docs/bib/euthanasie_finaal_vvp_1_dec.pdf
- Zorgnet Icuuro. Ethisch advies 20, Levenseindezorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. 2018. <https://www.zorgnet ICURO.be/sites/default/files/Ethisch%20advies-20-DEF.pdf>

SUMMARY

Euthanasia: opinions and experiences of Flemish psychiatrists working at a university

S. Wouters, J. Vandenberghe, J. De Lepeleire, L. Van Bouwel, M. De Hert

Background Little is known about the attitude of Belgian psychiatrists and psychiatrists in training towards euthanasia for psychiatric reasons.

Aim To analyse opinions about and experiences with euthanasia in physicians from a university psychiatric hospital.

Method A mail with a questionnaire was sent to the 111 psychiatrists and psychiatrists in training from University Psychiatric Centre KU Leuven to assess their profile, opinions towards euthanasia in different cases and own experiences with requests for euthanasia in the last five years.

Results The response rate was 45%. The majority of psychiatrists were accepting towards euthanasia, also in the case of psychiatric disorders (64%) or a combination of non-terminal somatic and psychosocial illness (60%). Religious psychiatrists were less accepting towards euthanasia than non-religious colleagues. Older psychiatrists (more than 20 years of working experience) were more open towards euthanasia than their younger colleagues, but less so than psychiatrists in training. Encounters with euthanasia were limited.

Conclusion The common attitude towards euthanasia in doctors from a tertiary psychiatric centre is accepting. More research in a broader population is recommended.