Reden waarom (huis)artsen (niet) bereid zijn tot het uitvoeren van een euthanasieverzoek.

Dr. Boogaerts, Matthias, Universiteit Antwerpen

Promotor: Professor Dr. Wens, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Professor Dr. Bart Van Rompaey, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudstabel

1	**Abstract**	**4**
2	**Inleiding**	**5**
3	**Literatuurstudie**	**8**
3.1	Methode	8
3.2	Resultaten	9
3.3	Conclusie	13
4	**Veldonderzoek**	**14**
4.1	Introductie	14
4.2	Methode	14
4.3	Resultaten	16
5	**Discussie**	**22**
5.1	Sterktes en zwaktes van het onderzoek	22
5.2	Wat betekent dit voor mij als HAIO? Wat neem ik mee naar mijn eigen praktijk	22
6	**Conclusie**	**24**
7	**Dankwoord**	**25**
8	**Bibliografie**	**26**
9	**Bijlagen**	**27**
9.1	Bijlage 1	27
9.2	Bijlage 2	28
9.3	Bijlage 3	30

1 Abstract

Dit onderzoek verkent de beweegredenen en overwegingen van (huis)artsen in België met betrekking tot euthanasieverzoeken, met een specifieke focus op verschillen in motivatie tussen verzoeken gebaseerd op terminaal fysisch lijden en die gebaseerd op uitgesproken psychisch lijden. Door middel van descriptief kwalitatief onderzoek, waarbij semigestructureerde individuele interviews zijn gehouden met 13 artsen, worden vier hoofdthema's geïdentificeerd: arts gebonden factoren, barrières, voorgestelde oplossingen, en patiëntgebonden factoren. De bevindingen tonen aan dat artsen diverse standpunten hebben, beïnvloed door factoren als kennisniveau, ervaring met LEIF, en persoonlijke overtuigingen. Dementie en emoties blijken complexe aspecten, terwijl fysiek lijden over het algemeen als acceptabel wordt beschouwd. Barrières omvatten emotionele en praktische aspecten, waarbij voorgestelde oplossingen wijzen op een multidisciplinaire aanpak en continue educatie. Patiëntgebonden factoren benadrukken de complexiteit van besluitvorming bij dementie en psychisch lijden, waar vroegtijdige communicatie en betrokkenheid van de omgeving cruciaal zijn. De discussie belicht de diversiteit in opvattingen en uitdagingen, terwijl de conclusie de vraag oproept waarom artsen al dan niet ingaan op euthanasieverzoeken, met aandacht voor factoren als ethiek, wetgeving, media-invloeden, en de impact van specifieke aandoeningen en relaties. De onderzoeksvraag focust op het begrijpen van deze dynamiek en de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op de praktijk van euthanasie in België.

2 Inleiding

Hoewel het euthanasiedebat heel actueel is, werd de term euthanasie al in de Klassieke Oudheid gebruikt. De Griekse dichters schreven er immers in 400 voor Christus (1) al over. De term werd later door Griekse en Romeinse filosofen en historici gebruikt om erop te wijzen dat een sterven snel en zonder ernstig langdurig lijden zou moeten kunnen plaatsvinden. In het oude Grieks betekende het woord euthanasie dan ook “goed sterven”. Er was daarbij echter nog geen sprake van medische assistentie.

Euthanasie in de moderne betekenis van het woord kwam pas op in de 20ste eeuw door de groei van organisaties die streden voor het recht om te sterven en euthanasie-organisaties die opkwamen voor het legaliseren van euthanasie in de praktijk (2). Voordat euthanasie in 2001 in Nederland als eerste land van de wereld werd gelegaliseerd (2), bestond er bij onze noorderburen vanaf de jaren 1980 al een periode van wettelijke tolerantie tegenover euthanasie. Aanleiding daarvan was een rechtszaak waarin een huisarts terechtstond voor het gebruik van een dodelijk injectie toen haar stervende moeder daarom vroeg. De arts kreeg een milde straf.

Momenteel is euthanasie slechts in zeven jurisdicties van de wereld legaal (2): in Nederland (sinds 2002), in België (sinds 2002), in Luxemburg (sinds 2009), in Colombia (sinds 2015), in Canada (sinds 2016), in Victoria (sinds 2017), in West-Australië (sinds 2019) en in Nieuw-Zeeland (sinds 2021). Dat maakt van de Benelux de voorlopers in het euthanasiedebat.

Toch heeft het topic sinds het in kracht treden van de Belgische euthanasiewet (3) in 2002 al heel wat stof doen opwaaien in ons land. De laatste decennia kwam er vanuit verschillende hoeken protest tegen de gestemde wet, niet alleen in ons land, maar ook in andere landen. Daarom is het niet onbelangrijk om even stil te staan bij wat euthanasie precies inhoudt en hoe de wet de toepassing ervan omschrijft.

Volgens het verklarend woordenboek Van Dale (4) luidt de definitie van euthanasie als volgt:

> *“Het op hun eigen verzoek bewust doen eindigen van het leven van patiënten die ondraaglijk en uitzichtloos lijden.”*

Artikel 2 van de Belgische wet zegt het volgende (3):

> *“Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.”*

Het lijdt bijgevolg geen twijfel dat een aanvraag tot euthanasie steeds een bewuste en weloverwogen keuze van de patiënt in kwestie moet zijn.

Een toevoeging van cruciaal belang voor ons als huisartsen staat in deze wet in artikel 3 als volgt beschreven:

> *“§ 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat : — de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek; — het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk; — de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening; en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.”*

Ondanks de vrijwaring van enige schuld bij de uitvoerende artsen blijft de toepassing in de praktijk helaas soms anders te verlopen. Hier wordt later verder op ingegaan.

Niet onbelangrijk is om ook nog even aan te stippen dat euthanasie niet te verwarren valt met PAS (*Physician-assisted suicide*). In dit geval beëindigt de patiënt zijn of haar leven zelf aan de hand van een medicijn dat hem of haar door een arts werd voorgeschreven (2), terwijl bij euthanasie de arts het levensbeëindigende middel zelf aan de patiënt toedient. Net dit laatste zorgt vaak voor ophef.

Het is eveneens belangrijk te vermelden dat niemand het recht heeft om zomaar euthanasie te eisen noch een arts kan dwingen om het uit te voeren. (5)In ons land moet de persoon die euthanasie vraagt over beslissingsbevoegdheid beschikken op het moment van de aanvraag én zijn of haar verzoek herhalen vlak voordat de euthanasie wordt uitgevoerd, als bewijs dat de beslissing vrijwillig en weloverwogen is (5) . Met deze voorwaarde verbiedt de Belgische wet euthanasie o.a. bij personen met dementie in een laat stadium.

Het doel van deze masterproef is na te gaan waarom (huis)artsen al dan niet bereid zijn tot het uitvoeren van een euthanasieverzoek. Een inzicht krijgen in de beweegredenen van artsen kan andere artsen en artsen in wording namelijk helpen om een mogelijke toekomstige beslissing rond euthanasie op een meer zelfzekere manier te maken. Er is in onze maatschappij een groeiende vraag naar uitvoerende artsen. Door een betere kennis van de verschillende beweegredenen van een arts, kan er meer en gerichtere ondersteuning komen om hen bij te staan in het inwilligen van de wensen van de patiënten. Als de bezorgdheden van de artsen bekend en bespreekbaar worden, kan de discussie rond euthanasie een open en eerlijke dialoog worden: een dialoog die verder gaat dan een gesprek met de huisartsen, maar waarbij ook de eerstelijnszorg betrokken wordt. Zo gaat er bij patiënten en in de zorg in het algemeen minder en minder taboe ontstaan rond euthanasie en komen we tot meer begrip voor elkaar: begrip voor de verzoekers én de verleners van euthanasie.

De nieuwsgierigheid om te ontdekken welke beweegredenen artsen hebben, is bij mij alleszins aangewakkerd. Mijns inziens bestaat er een onderscheid tussen de beweegredenen van artsen bij een euthanasieverzoek wegens terminaal fysisch lijden en die van een euthanasieverzoek wegens uitgesproken psychisch lijden. De controverse rond het proces van Tine Nys in 2020 heeft hier ongetwijfeld toe bijgedragen. Daarenboven kan het moeilijk zijn om hierover te objectiveren wanneer een arts niet thuis is in de problematiek van het psychisch lijden. Het is daarbij eveneens belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de houding van een arts ten opzichte van euthanasie kan verschillen van de mening van dezelfde arts wanneer hij effectief met een euthanasieaanvraag wordt geconfronteerd.

Naar aanleiding van het recente nieuwsbericht over de familie van Tine Nys die opnieuw stappen onderneemt na de vrijspraak, wordt in deze inleiding ook de impact van lopende juridische kwesties op de perceptie en besluitvorming van artsen benadrukt. Het voortdurende juridische debat kan een extra laag van complexiteit toevoegen aan de reeds delicate kwestie van euthanasie, wat verdere reflectie en onderzoek rechtvaardigt. (6)

De onderzoeksvraag voor deze masterproef luidt:

Hoe beïnvloeden diverse arts gebonden factoren, barrières, voorgestelde oplossingen, en patiëntgebonden factoren de besluitvorming van (huis)artsen in België met betrekking tot euthanasieverzoeken?

In welke mate hebben maatschappelijke ontwikkelingen, zoals het proces van Tine Nys in 2020, invloed gehad op de houding van artsen, en in hoeverre verschillen hun theoretische opvattingen over euthanasie van hun beslissingen in de praktijk?

3 Literatuurstudie

Allereerst werd een literatuurstudie uitgevoerd om na te gaan wat er al geweten is over het onderwerp en als basis voor het script van de interviews. De volgende vragen werd beantwoord met de literatuurstudie:

- Welke factoren bepalen het al dan niet goedkeuren van een euthanasie-aanvraag?
- Hoe gaan artsen om met een euthanasie-aanvraag op basis van ondraaglijk psychisch lijden?

3.1 Methode

Bij de start van mijn zoektocht naar de beweegreden van artsen in PubMed, zijn allereerst de volgende MESH-termen interessant: “Attitude to Death”, “Euthanasia”, “Suicide, Assisted”, “General Practitioners”, “Dementia” en “Belgium”. De termen werden geselecteerd omdat mijn onderzoek precies wil nagaan hoe de eerstelijnszorg en de huisartsen tegenover euthanasie en dus de geassisteerde dood staan. De laatste term is belangrijk omdat België het tweede land is in de wereld waar euthanasie werd gelegaliseerd. Dat zorgt ervoor dat er in ons land meer over geschreven zal zijn dan elders. ‘Dementie’ werd toegevoegd omdat het in ons land een veel voorkomende vorm van psychisch lijden is. Allereerst startte mijn onderzoek met het ingeven van elk van deze termen om te kijken hoeveel resultaten ze individueel opbrachten. Daarna werd er een combinatie gemaakt van de verschillende zoektermen met AND en/of OR.

De afzonderlijke MESH-termen leverden voldoende resultaten op. Bij het combineren van verschillende termen werden ofwel te weinig of te veel artikels gevonden. De combinatie van (Euthanasia"[MeSH Terms] OR "Suicide, assisted"[MeSH Terms]) met (General Practitioners"[MeSH Terms] AND Attitude to Death"[MeSH Terms]) leidde tot 14 resultaten. Bij het analyseren van de gevonden artikels werd echter onvoldoende aan mijn onderzoeksvraag voldaan. (7)

Tabel 1: Overzicht opbrengst literatuur zoektocht

Search number	Query	Sort By	Filters	Search Details	Results
11	#2 and #10			"euthanasia"[MeSH Terms] AND "belgium"[MeSH Terms]	292
10	belgium[MeSH Terms]			"belgium"[MeSH Terms]	20,778
9	#7 and #2			"dementia"[MeSH Terms] AND "euthanasia"[MeSH Terms]	367
8	#7 AND #6			"dementia"[MeSH Terms] AND ("general practitioners"[MeSH Terms] AND "euthanasia"[MeSH Terms])	1
7	Dementia[MeSH Terms]			"dementia"[MeSH Terms]	204,470
6	#1 AND #2			"general practitioners"[MeSH Terms] AND "euthanasia"[MeSH Terms]	16
5	(#1 AND #3) AND (#2 OR #4)			"general practitioners"[MeSH Terms] AND "attitude to death"[MeSH Terms] AND ("euthanasia"[MeSH Terms] OR "suicide, assisted"[MeSH Terms])	1
4	Suicide, Assisted[MeSH Terms]			"suicide, assisted"[MeSH Terms]	6,290
3	Attitude to Death[MeSH Terms]			"attitude to death"[MeSH Terms]	16,739
2	euthanasia[MeSH Terms]			"euthanasia"[MeSH Terms]	15,308
1	general practitioner[MeSH Terms]			"general practitioners"[MeSH Terms]	10,602

Hierdoor ben ik overgeschakeld op de handsearch van artikels waarbij ik een 16-tal artikels heb weerhouden. Voor verdere analyse zal er dan ook gebruik gemaakt worden deze artikels. Het beperkt aantal resultaten dat al deze zoekopdrachten opleverden, heeft geleid naar het bijsturen van de methode waarmee ik dit onderzoek wil aanpakken. De focus van mijn masterproef ligt op de beweegredenen die artsen hebben bij het al dan niet aanvaarden van euthanasieverzoeken. Aangezien net daarover in de literatuur eigenlijk zeer weinig te vinden is, omdat de focus meer algemeen ligt, kan

ik voor dit onderzoek niet anders dan overstappen naar een reeks aanvullende diepte-interviews met een aantal huisartsen.

Inclusiecriteria:

- **Relevantie**: Artikelen moeten relevant zijn voor het onderwerp euthanasie, met specifieke aandacht voor de houding van Belgische artsen, met een focus op huisartsen.
- **Publicatiedatum**: de meest actuele eerst.
- **Beschikbaarheid van het volledige artikel**: Er worden enkel artikelen opgenomen waartoe ik volledige toegang had.
- **Taal**: Studies die zijn gepubliceerd in Nederlands, Frans of Engels.

Exclusiecriteria:

- **Geografische Locatie:** artikels die zich richten op andere landen dan België worden uitgesloten, tenzij er vergelijkbare relevantie is voor de Belgische context.
- **Andere Talen**: Artikels die niet in het Nederlands, Frans of Engels zijn gepubliceerd.
- **Niet-artsen**: Studies die zich richten op artsen, vooral huisartsen, en sluit studies uit die gericht zijn op andere zorgverleners.

3.2 Resultaten

3.2.1 Welke factoren bepalen het al dan niet goedkeuren van een euthanasie-aanvraag?

Uit de uitgevoerde literatuurstudie komt naar voren dat van alle artsen de huisartsen het vaakst worden geconfronteerd met een euthanasie-aanvraag. De meesten onder hen krijgen zelfs minstens één keer in hun carrière te maken met zo'n verzoek (8). Hoewel de overgrote meerderheid van de huisartsen euthanasie een aanvaardbare optie vinden, is hun bereidheid om de opdracht op zich te nemen minder groot (9). In principe moet de arts die het verzoek aanvaardt de euthanasie ook zelf uitvoeren. De terughoudendheid van een groot deel van de artsen is opvallend.

Zoals ik al aangaf in de inleiding, beschermt artikel 3 van de Belgische wet de uitvoerende geneesheer bij euthanasie. Welke redenen en drijfveren kan een arts dan hebben om een euthanasie-aanvraag te weigeren? In meerdere van de geselecteerde artikels worden verschillende factoren besproken die een invloed kunnen hebben op het al dan niet aanvaarden van een euthanasieverzoek door een huisarts.

Een eerste artikel bekijkt de situatie in Nederland en somt de volgende redenen op om een euthanasie-aanvraag niet te aanvaarden (8):

- Een huisarts kan twijfels hebben over het feit of er aan de legale criteria werd voldaan: er zijn misschien nog opties voor verdere behandeling, de patiënt formuleert zijn verzoek misschien niet uit vrije wil, enz.
- Sommige artsen vrezen een mogelijke juridische vervolging.
- Andere huisdokters willen geen euthanasie toepassen in geval van levensmoeheid, dementie (in een later stadium van dementie kan de patiënt zijn eerdere aanvraag niet meer bevestigen) of psychiatrische patiënten (er is nog therapie mogelijk).
- In sommige gevallen worden gewetensbezwaren, bijvoorbeeld religieuze, ingeroepen.
- De hoge werklast en het feit dat er elk jaar meer aanvragen worden ingediend, kan ook een weigering tot gevolg hebben.

- Tenslotte hebben sommige Nederlandse geneesheren moeite met de inkijk in hun professionele leven die zo'n euthanasieprocedure vaak met zich meebrengt.

Een vergelijking met de conclusies geformuleerd in de artikels die het hebben over de Belgische huisartsen lijkt me interessant. Er is zeker een grote gelijkenis tussen de beweegredenen van de artsen in Nederland en België, maar toch worden er in de Belgische artikels nog andere mogelijke bezwaren toegevoegd. Een eerste artikel heeft het over de volgende (9):

- De vaak langdurige relatie tussen een huisarts en zijn patiënt kan zowel pro als contra werken. De arts wil zijn patiënt na een jarenlange opvolging vaak niet in de steek laten en kan zich enigszins verplicht voelen om op het verzoek van de patiënt in te gaan. Omgekeerd kan de band die is ontstaan tussen dokter en patiënt er net voor zorgen dat een arts zich in de onmogelijkheid bevindt om de euthanasie uit te voeren.
- De term "ondraaglijk lijden" kan voor verwarring zorgen. Voor de ene groep dokters is een medische impasse (een hopeloze en ondraaglijke medische toestand) een vereiste om een euthanasie-aanvraag goed te keuren. Voor de andere groep krijgt het autonome oordeel van een patiënt dan weer voorrang.
- Sommige huisartsen voelen zich niet in de mogelijkheid om de dodelijk injectie ook effectief te zetten bij hun patiënt. Ze zien op tegen het moment, vrezen technische vaardigheden te missen, schrikken terug voor de volgens hen "onnatuurlijke handeling" of voelen een morele huivering ("Wie ben ik om iemands leven weg te nemen?").

In een tweede artikel dat de situatie in België beschrijft, stelt men zich de vraag wat een dokters houding ten opzichte van euthanasie precies bepaalt. De auteurs schrijven die houding toe aan de volgende vier factoren (10) :

- De religie van de huisarts in kwestie kan bepalend zijn. Volgens de studie zijn praktiserende, rooms-katholieke dokters minder geneigd om euthanasie toe te passen dan hun niet praktiserende collega's. De praktiserende dokters vinden ook minder vaak dat de bestaande euthanasiewet bijdraagt aan voorzichtigheid.
- De cultuur waarvan de geconsulteerde arts deel uitmaakt, is eveneens van belang. Zo zijn de Waalse dokters minder geneigd om euthanasie goed te keuren of toe te passen dan de Vlaamse. Bovendien zijn de Waalse artsen vaker van mening dat euthanasie een privé-aangelegenheid moet zijn tussen dokter en patiënt.
- Ook de leeftijd van een dokter kan invloed hebben. Wat oudere dokters zouden minder geneigd zijn om euthanasie toe te passen en zouden de voorkeur geven aan palliatieve sedatie. Bovendien vinden oudere artsen vaker dat de euthanasiewet de verdere uitbouw van de palliatieve zorg in de weg staat.
- Ten slotte brengt het artikel ervaring als een laatste, invloedrijke factor aan. Dokters die getraind zijn in palliatieve zorgen sturen volgens de auteurs minder vaak aan op euthanasie zonder dat de patiënt in kwestie daarom vraagt.

Uiteindelijk vinden we in een derde artikel nog de volgende, aanvullende informatie terug (11). De auteurs stellen zich hier eveneens de vraag wat de invloed is van persoonlijke overtuigingen en standpunten van een arts op zijn of haar bereidheid om mee te werken aan euthanasie. Ook zij zijn van mening dat religieus praktiserende artsen meer kritisch zijn ten opzichte van euthanasie dan hun niet religieuze of niet praktiserende collega's. Toch toont verder Europees onderzoek aan dat persoonlijke overtuigingen zeker hun invloed hebben, maar dat de nationale culturele en legale context nog veel meer doorwegen. Met andere woorden: in landen waar euthanasie gelegaliseerd is, zijn ook religieuze dokters euthanasie meer gunstig gezind. De culturele context heeft dus een sterke

invloed op de persoonlijke overtuiging van artsen. Bovendien worden religieuze en spirituele hulpverlening niet uitgesloten van de euthanasieprocedure, ze zijn er zelfs nauw mee verbonden. Zo weerhouden religieuze overtuigingen een patiënt er meestal niet van om een euthanasieverzoek in te dienen en bestaan er zeker ook vormen van “ceremoniële euthanasie” waarbij de familie en geliefden van de patiënt nabij zijn en er soms zelfs een priester wordt gevraagd om het laatste sacrament toe te dienen.

3.2.2 Hoe gaan artsen om met een euthanasie-aanvraag op basis van ondraaglijk psychisch lijden?

In de artikels die hierboven werden besproken, heeft men het hoofdzakelijk over euthanasie bij ondraaglijk fysiek lijden. Toch laat de wet euthanasie ook toe in geval van ondraaglijk psychisch lijden. Hierbij blijven er echter grote ethische uitdagingen (12). Een euthanasieverzoek door een patiënt met ondraaglijk psychisch lijden blijft vaak hoogst controversieel en uitermate complex. Een kwart van de psychiaters worstelt met de criteria die werden vooropgesteld in de euthanasiewet (ongeneeslijkheid, gebrek aan therapeutische perspectieven, enz.). De helft van de psychiaters voelt zich bovendien onder druk gezet door zijn of haar patiënt om het euthanasieverzoek goed te keuren. Ze voelen eveneens druk van de intimi van de patiënt, zowel voor als tegen een goedkeuring. Meer dan de helft van de artsen voelde een zware emotionele last en zocht verdere ondersteuning om ermee om te gaan. Sommige psychiaters geven ook aan dat ze nood hebben aan een sterker kader of extra richtlijnen. (13)

Opvallend in de meest recente artikels over dit thema is dat drie kwart van de Belgische psychiaters euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden ondersteunt, maar dat slechts een kleine minderheid van hen actief betrokken wil worden bij de uitvoering ervan. Deze paradox is ongetwijfeld toe te schrijven aan het eerste euthanasieproces ooit in België: het proces Tine Nys van 2020. De drie artsen die in 2010 betrokken waren bij de euthanasieprocedure van de 38-jarige vrouw die onder andere leed aan borderline en autisme stonden terecht voor “dood door vergiftiging”. Het proces zorgde voor een heuse mediastorm en was bron van menig discussie. Veel artsen stellen zich de vraag hoe het mogelijk is dat de betrokken dokters terechtstonden terwijl ons land hiervoor zo’n 10 jaar eerder een wet had gestemd die zegt dat huisartsen daarbij geen misdrijf plegen.

Volgens een peiling (9) onder een 180-tal artsen, die een opleiding euthanasiepraktijk en -begeleiding hebben gevolgd die aangeboden werd door het Levenseinde Informatie Forum (LEIF), zijn ze sinds het proces Tine Nys terughoudender geworden bij euthanasieverzoeken. Meer bepaald als het om psychiatrische patiënten of verzoeken zonder toestemming van de naaste familieleden gaat. Zo blijkt dat één op de vijf LEIF-artsen zijn of haar standpunt over euthanasie heeft gewijzigd. Vóór het proces waren immers zeven op de tien LEIF-artsen bereid euthanasie uit te voeren terwijl dat er nu gemiddeld slechts nog 55 % zijn. Bovendien is het aantal artsen dat zegt advies te willen verlenen bij een euthanasieprocedure ook gedaald van 75 % naar 66 %. Ze nemen zich voor om de toestemming van de familie te vragen vóór ze op een euthanasieaanvraag ingaan en bekennen dat het vaststellen van al dan niet psychiatrisch lijden moeilijk ligt. Daarenboven zeggen artsen die euthanasie uitvoeren dat ze voortaan nog veel voorzichtiger zullen zijn bij het toepassen van de procedure en zegt 40 % van de artsen dat ze euthanasie niet langer wensen uit te voeren bij ondraaglijk psychisch lijden ondanks het feit dat het wettelijk is toegestaan (3).

Wanneer een euthanasieprocedure werd uitgevoerd, dan wordt de betrokken arts verondersteld maximaal 4 dagen na de uitvoering een registratieformulier door te sturen naar de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (14). Ondanks de vertwijfeling van veel artsen, merken we dat het

aantal euthanasie registratiedocumenten de laatste vier jaar alvast in stijgende lijn gaat, een kleine daling in 2020 niet in acht genomen. Vorig jaar onthulden de cijfers van de FCEE dat er in 2021 ruim 10 procent meer registratiedocumenten werden ontvangen ten opzichte van het jaar ervoor (2.656 in 2019 tegenover 2.359 in 2018 en 2.699 in 2021 tegenover 2.445 in 2020) (15).

Die cijfers van het FCEE bewijzen dat er sinds het proces Tine Nys een zeer tegenstrijdige tendens aan de gang is. Het aantal euthanasie-aanvragen in ons land blijft stijgen, maar er zijn steeds minder artsen bereid deze procedure bij hun patiënten uit te voeren. Dat terwijl onze wetgeving hen al 20 jaar vrijpleit van enig misdrijf bij een correct uitgevoerde euthanasieprocedure. Dat is precies de reden waarom het interessant is om dieper in te gaan op de redenen waarom huisartsen eventueel niet geneigd zijn tot het uitvoeren van een euthanasieverzoek. Het is duidelijk dat onze maatschappij nood heeft aan extra artsen die hiertoe wél bereid zijn en het is dus mijn plicht om stil te staan bij de redenen waarom velen dat niet zijn.

3.2.3 Wat met euthanasie in geval van dementie?

Ten slotte focus ik nog even kort op euthanasie bij dementerende patiënten (16). Euthanasie in geval van ver gevorderde dementie is in België tot op de dag van vandaag verboden. Hoewel er een stijgende trend is in het aantal (huis)artsen dat van mening is dat euthanasie kan toegepast worden op dementerende patiënten, geeft 52 % van de ondervraagde artsen aan dat euthanasie voor patiënten zonder dementie voor hen nog altijd meer acceptabel is. Ongeveer de helft van de ondervraagde dokters vindt het belangrijk dat de patiënt zijn eigen wil nog kan formuleren. Het overgrote deel van de ondervraagde dokters (72 %) vreest de druk van familieleden wanneer de wet euthanasie zou toelaten bij dementerende patiënten die vroeger een wilsverklaring hebben opgesteld, maar die nu niet meer kunnen bevestigen.

Ook hier hebben de persoonlijke overtuigingen en persoonskenmerken van de arts in kwestie invloed op zijn of haar mening. Niet-religieuze dokters zijn bijvoorbeeld meer bereid om euthanasie toe te passen op dementerende patiënten dan religieuze dokters: 50 % versus 15 % wanneer een patiënt lijdt aan beginnende dementie en 81 % versus 56 % wanneer de patiënt zich in een ver gevorderd stadium bevindt. Verder zijn er significante verschillen in antwoorden die te wijten zijn aan de leeftijd van de ondervraagden. Zo zouden jonge huisartsen het meer wenselijk vinden om de wet aan te passen voor hun dementerende patiënten dan hun oudere collega's (63 % versus 48 %).

Het is duidelijk dat euthanasie bij dementerende patiënten een gevoelig thema blijft en voor verdeeldheid zorgt binnen het maatschappelijk debat. Reeds op 6 oktober 2018 schreef professor palliatieve geneeskunde Wim Distelmans in een open brief op VRT NWS dat mensen die lijden aan dementie euthanasie moeten kunnen krijgen (17). Aangezien volgens de huidige euthanasiewet enkel patiënten in aanmerking komen die volledig bewust en wilsbekwaam zijn, kan dit leiden tot zeer schrijnende toestanden. Volgens professor Distelmans zullen er tegen 2035 nog de helft meer mensen met dementie zijn en moet een aanpassing van de euthanasiewet bijgevolg hoogdringend op de politieke agenda worden gezet. De huidige euthanasiewet laat immers euthanasie via een voorafgaande wilsverklaring enkel toe in het geval van een onomkeerbare coma of een persisterende vegetatieve toestand: in beide gevallen is de patiënt niet meer bij bewustzijn en is deze toestand volgens de wetenschap onomkeerbaar. Voor alle andere wilsonbekwamen patiënten (door dementie, hersenbloeding, hersentumor, enz.) kan er geen euthanasieprocedure via een wilsverklaring worden opgestart.

Diverse bevolkingsonderzoeken tonen echter aan dat er een grote meerderheid (zelfs 83 %) bestaat voor de aanpassing van de huidige euthanasiewet. De wetgever moet in dat geval criteria uitwerken

zodat een voorafgaande wilsverklaring ook van toepassing kan zijn voor wie lijdt aan dementie of een andere wilsonbekwaamheid. Volgens professor Distelmans dienen de politici hier dus zo snel mogelijk werk van te maken. Ook na de gevraagde wetswijziging wordt immers niemand verplicht tot het verzoeken of uitvoeren van euthanasie, maar de wijziging zou er wel voor zorgen dat heel wat “mensonterende” situaties vermeden kunnen worden.

3.3 Conclusie

In conclusie kan worden gesteld dat verschillende factoren de goedkeuring of afwijzing van een euthanasie-aanvraag door artsen beïnvloeden. Huisartsen, die het vaakst met dergelijke verzoeken worden geconfronteerd, tonen een aanzienlijke bereidheid om euthanasie als een aanvaardbare optie te beschouwen. Desondanks blijkt uit diverse onderzoeken dat hun bereidheid om zelf de procedure uit te voeren minder uitgesproken is. In Nederland en België worden vergelijkbare redenen genoemd voor het weigeren van euthanasie, waaronder twijfels over de naleving van wettelijke criteria, vrees voor juridische vervolging, ethische bezwaren, en de belasting van het euthanasieproces op het professionele leven van artsen.

Bijzondere aandacht gaat uit naar de Belgische huisartsen, waarbij de langdurige relatie met patiënten als een tweesnijdend zwaard wordt beschouwd. De interpretatie van "ondraaglijk lijden" verschilt onder artsen, en sommigen voelen zich niet bekwaam om de fysieke handeling van euthanasie uit te voeren. Religieuze overtuigingen en culturele context spelen eveneens een rol in de houding van artsen tegenover euthanasie.

Wat betreft euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden blijkt uit recente onderzoeken dat Belgische psychiaters terughoudender zijn geworden na het proces Tine Nys. Hoewel een meerderheid euthanasie ondersteunt, zijn er minder artsen bereid om actief bij de uitvoering ervan betrokken te zijn. Persoonlijke overtuigingen, ervaring en de druk van patiënten en hun naasten spelen hierbij een rol.

Tenslotte is euthanasie bij dementerende patiënten een controversieel onderwerp. Het huidige verbod in België leidt tot discussies over de noodzaak van wetswijzigingen. Professor Distelmans benadrukt de urgentie van aanpassingen aan de euthanasiewet om mensonterende situaties te voorkomen. Ondanks toenemende euthanasie-aanvragen blijken artsen echter terughoudender te worden in het uitvoeren van de procedure. Deze tegenstrijdigheid benadrukt de complexiteit van het debat en de noodzaak van een diepgaande analyse van de redenen achter de aarzelingen van artsen.

4 Veldonderzoek

4.1 Introductie

De onderzoeksvraag voor dit veldonderzoek luidt:

> *Wat zijn de beweegredenen en overwegingen van (huis)artsen in België bij het al dan niet accepteren en uitvoeren van euthanasieverzoeken, met een specifieke focus op de verschillen in motivatie tussen euthanasieverzoeken gebaseerd op terminaal fysisch lijden en die gebaseerd op uitgesproken psychisch lijden?*
>
> *Hoe heeft het proces van Tine Nys in 2020 en andere maatschappelijke ontwikkelingen invloed gehad op de houding en overwegingen van artsen, en in hoeverre verschillen hun opvattingen over euthanasie in theorie van hun beslissingen in de praktijk?*

Deze studie betreft een descriptief kwalitatief onderzoek met semigestructureerde, individuele interviews. Binnen dit onderzoek staat het perspectief van de arts centraal.

4.2 Methode

4.2.1 Onderzoekssetting en -populatie

Het onderzoek vond plaats bij artsen in de provincie Antwerpen en Vlaams-Brabant. De interviews werden afgenomen bij de huisartsen in de praktijk maar ook online via zoom. Er werd gekozen voor individuele interviews gezien de gevoeligheid van het onderwerp.

De datacollectie verliep aan de hand van een doelgerichte steekproef. Na goedkeuring van het Ethisch Comité van het UZA (Project ID 5051, 19/12/2022) ben ik vanaf eind december 2022 gestart met de rekrutering van de huisartsen. Allereerst heb ik twee interviews afgenomen bij huisartsen in mijn huidige praktijk en één interview bij de huisarts van mijn vorige stageplaats. Via de huisartsenkring waarvan mijn vader lid is, heb ik zeven interviews afgenomen. Via een oproep via mail uitgaande van mijn huidige wachtkring heb ik de overige 3 interviews kunnen afnemen.

(bijlage 1: goedkeuring ethisch comite)

De rekrutering verliep aan de hand van volgende criteria:

Inclusiecriteria:

- M/V/X
- Nederlandstalig

Exclusiecriteria:

- Geen ervaring met euthanasie

4.2.2 Datacollectie

De data werden verzameld aan de hand van een voorafgaand opgesteld script bestaande uit een topiclijst om de beweegredenen van artsen om tot euthanasie over te gaan in kaart te brengen.

Uiteraard leidt een gesprek steeds tot extra vragen en opmerkingen die niet op voorhand voorspelbaar zijn. Deze manier van interviewen geeft ruimte aan de respondenten om hun eigen visie en ervaringen te verwoorden.

In een korte demografische vragenlijst werden volgende criteria bevraagd: leeftijd arts, geslacht, specialisatie (ziekenhuis, eigen praktijk, WZC), aantal jaren praktijkervaring en het al of niet gevolgd hebben van een specifieke opleiding palliatieve zorg.

De topiclijst omvatte volgende topics.

- Ervaringen met verzoek tot euthanasie (wilsverklaring, echt verzoek)
- Kennis en opinies rond euthanasie
- De eigen rol bij euthanasie
- Barrières en facilitatoren
- Eigen emoties

Alvorens het interview te starten werd aan elke deelnemende arts gevraagd het 'informed consent' te ondertekenen.

De interviews werden met audio opgenomen. Het eerste interview was een pilootinterview aangezien de interviewer (MB) weinig ervaring had met kwalitatief interview. Het transcript werd besproken met een senior researcher in kwalitatief onderzoek om het script bij te sturen. Het doel was een tiental huisartsen te rekruteren, tot datasaturatie werd bekomen.

4.2.3 Data-analyse

De gevolgde methode is een thematische analyse volgens een cyclisch proces van dataverzameling en analyse. De interviews werden ad verbatim uitgetypt.

De eerste stap in dit proces bestond uit het verkennen en vertrouwd geraken (familiarisatie met de data). Hierbij werden niet-relevante paragrafen geschrapt en memo's aangebracht. In een tweede stap startte het eigenlijk codeerproces. Allereerst werden open/descriptieve codes toegekend om zo de data beter te leren kennen. In een volgende fase werden de open codes geclusterd onder hogere axiale of interpretatieve codes. Hier startte een eerste fase van interpretatie en reflecties. Fragmenten met dezelfde code worden vergeleken op overeenkomsten of verschillen. Deze fase werde opnieuw begeleid door een senior researcher. Tot slot worden de thema's gedefinieerd en gelabeld.

4.3 Resultaten

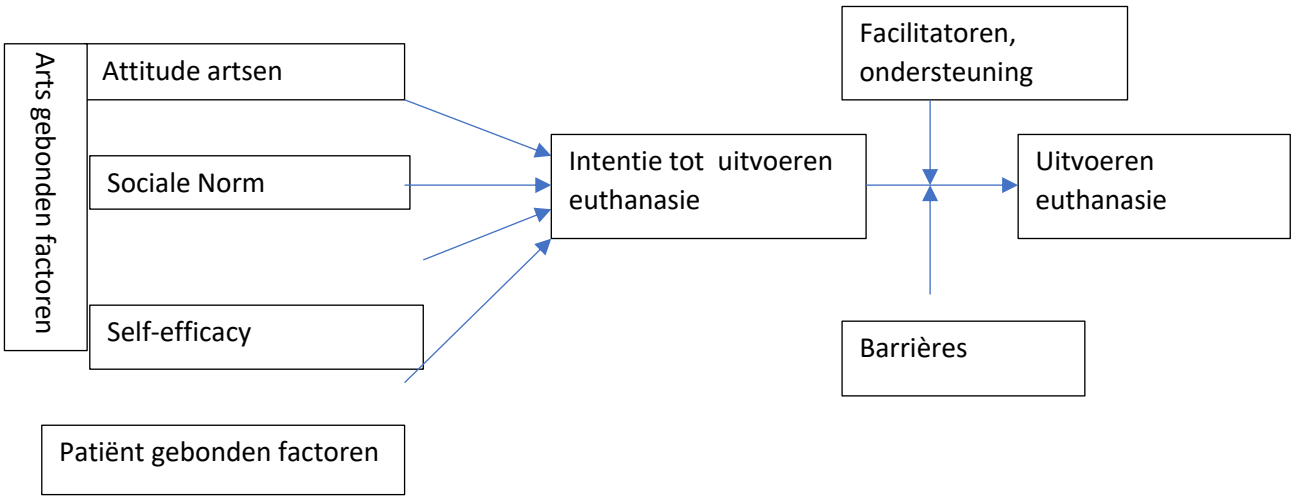
In totaal namen 13 artsen deel aan het onderzoek. Tabel 2 geeft een overzicht van het profiel van de deelnemende artsen.

Uiteindelijk kwamen vier grote thema's aan bod die we konden groeperen onder artsgebonden factoren, patiëntgebonden factoren, de barrières om over te gaan tot euthanasie en ondersteunende factoren.

Tabel 2: Overzicht van het profiel van de deelnemende artsen

ARTS	leeftijd	Geslacht	soort praktijk	CRA JA / NEE	Bijkomende opleiding
1	64	M	Solo	Ja	Nee
2	58	M	Groep	Nee	LEIF
3	34	M	Groep	Nee	Nee
4	67	M	Groep	Nee	LEIF
5	64	M	Solo	Ja	Nee
6	43	V	Groep	Nee	Nee
7	60	M	Solo	Nee	Nee
8	54	V	Solo	Nee	Nee
9	58	M	Duo	Nee	Nee
10	36	M	Groep	Nee	LEIF
11	61	M	Solo	Ja	LEIF
12	72	M	Groep	Ja	Havenarts
13	66	M	Groep	Nee	Havenarts

Er werden drie grote thema's gevonden met enkele subthema's. Het verband tussen de verschillende thema's wordt samengevat in de volgende figuur



De arts gebonden factoren kunnen omschreven worden als de attitude, de sociale norm en de self-efficacy.

4.3.1 Arts gebonden factoren

Dementie blijkt een onduidelijk terrein te zijn, al is er een positieve evolutie bij patiënten met multimorbiditeit. Emotionele aspecten wegen zwaar en het bieden van sereniteit tijdens het proces wordt gewaardeerd.

> *« Het grote vacuüm, denk ik, is op dit moment dementie. Waar heel veel onduidelijker is bij de mensen en ook bij de huisartsen zelf. Kan dit, kan dit niet? Wanneer kan dit? Enzovoort. En waar volgens mij ook een evolutie is met bijmensen met waarbij toch ook mogelijkheden geboden zijn om een euthanasie te geven als de procedure goed verloopt. Dat vind ik wel een pluspunt. »* (arts 2)

> « *Ik zie wel dat er nog veel zaken moeten uitgewerkt moeten worden dixit dementie. Ik heb hier altijd positief tegenover gestaan. Maar initieel werden wij op buitenlandse congressen gezien als moordenaar, maar ik kon hier mee om. Het is niet plezierig, maar het heeft mijn visie nooit verandert veranderd.* » (arts 12)

Fysiek lijden wordt door het merendeel van de ondervraagde artsen als een acceptabele reden voor euthanasie beschouwd. Dementie daarentegen blijkt een onduidelijk terrein te zijn, al is er ook in die context een positieve evolutie waar te nemen bij patiënten met multimorbiditeit, zoals blijkt uitgaande quote. Levensmoeheid wordt maar selectief aanvaard, afhankelijk van de aanwezigheid van onderliggend lijden. De meesten van de ondervraagde artsen beschouwen psychisch lijden tenslotte als gevoelig. Hun terughoudendheid in dergelijke situaties kan worden toegeschreven aan een aantal recente juridische processen.

> « *Maar in het geval van psychisch lijden, daar zou ik me precies toch een beetje afzijdig willen houden. Want ik heb er onvoldoende zicht op of iemand al dan niet uitbehandeld is, en of er geen andere mogelijkheden meer zijn. Daar zou ik met toch liefst niet willen voor engageren.* » (arts 1)

> « *Ik heb niet direct een exclusie voor een aandoening. Levensmoeheid misschien, ja. Dat zijn dingen die moeilijker objectieveerbaar zijn. Ook omdat je dan toch al zeker moet zijn dat het wel overwogen en voldoende keren herhaald is, het verzoek. Zodat je dan het advies van een derde arts, een psychiater, hebt om voldoende back-up te hebben.* » (arts 5)

Opvallend is bovendien het verschil in kennisniveau tussen de geïnterviewde artsen. De goed vertegenwoordigde LEIF artsen hebben daar duidelijk een voorsprong op hun collega's. Zij volgden immers een opleiding in verband met de problematiek van euthanasie en kennen derhalve de mogelijkheden in ons land.

> « *Eigenlijk weet ik er niet veel van, eerder niets, moet ik eerlijk zeggen. Ik weet alleen dat ik een verslag moet schrijven en dat dan nog 2 andere artsen een verslag moeten opmaken. Meestal verwijs ik ze dan naar een LEIFarts of LEIF zelf. Ik heb al verschillende malen gebeld met die mensen van LEIF en deze willen me steeds verderhelpen indien ik een goed onderbouwd verslag en dossier heb.* » (niet-LEIFarts 8)

« *Alles. Ik ken het (cfr. Wetgevinf en procedure) van naaldje tot draadje. Ja, ik kan het niet anders zeggen. Het essentiële is dat de patiënt op een bepaald moment zegt: "Ik wil sterven". Om welke reden ook. En dan moet je gaan uitzoeken waarom men wil sterven. En eigenlijk, strikt genomen, is het een overeenkomst tussen de patiënt en de dokter. Die twee doen het. Ik zeg nogmaals, de tweede en de derde arts of nog meer, die kunnen adviezen geven, maar dat is niet bindend. De patiënt moet natuurlijk zijn schriftelijk verzoek geschreven hebben, dan start de procedure. Je doet het of je doet het niet.* » (LEIFarts 11)

De opvattingen over euthanasie variëren sterk, zelfs onder medische professionals. Over het algemeen beschouwen veel artsen euthanasie als een waardevolle bijdrage aan de geneeskunde, vooral in gevallen van ernstig fysiek lijden waarbij het verlichting kan bieden aan patiënten die anders ondraaglijk zouden lijden.

Echter, wanneer het gaat om psychisch lijden, merkt men vaak meer terughoudendheid onder artsen. De complexiteit van psychisch lijden, de subjectieve aard ervan en de uitdaging om objectieve criteria vast te stellen, maken het moeilijker voor artsen om een eenduidige positie in te nemen ten opzichte van euthanasie in deze context. Daarnaast spelen ethische overwegingen een grote rol, aangezien het beoordelen van de mate van ondraaglijkheid bij psychisch lijden subjectiever kan zijn dan bij fysiek lijden. Deze diversiteit aan standpunten benadrukt de complexiteit van het euthanasiedebat en illustreert de voortdurende zoektocht naar evenwicht tussen het respecteren van de autonomie van de patiënt en het verlichten van lijden.

« *Dat het goed is dat het er is. Dat is mijn persoonlijke visie. Maar liever geen verdere uitbreiding. Het is bedoeld voor mensen die echt afzien. Ik sta achter de wetgeving zoals ze bedoeld was. Het is vooral voor ondraaglijk lijden. Met respect voor de autonomie van de patiënt.* » (arts 9)

« *Ik moet het niet eens zijn met de vraag van patiënt, maar de vraag moet wel gewettigd zijn. Wanneer de vraag gewettigd is en de procedure is doorlopen, de adviezen zijn gegeven en zijn correct, dan vindt ik dat het patiënt daar wel recht op heeft. Ik heb eigenlijk nog nooit een euthanasie niet uitgevoerd omdat ik het er niet mee eens was. Maar ik heb al wel vaak procedures vertraagd en uitgesteld en geherevalueerd totdat iedereen op dezelfde lijn zat.* » (arts 2)

« *Ik respecteer zoveel mogelijk de wens van de patiënt, daar ik zijn/haar beschikkingsrecht eigenlijk vrij hoog inschat. Dus in het mate van mogelijke, wettelijk enzovoort, probeer ik daarin mee te gaan.* » (arts 5)

Tenslotte is er ook een verschil waar te nemen in hoe zeker artsen zich voelen over het uitvoeren van de euthanasie. Zoals we leren uit de volgende twee quotes, bestaat er ook hier een significant verschil tussen LEIF artsen en niet- LEIF artsen.

« *Ik heb die vaardigheden niet, nooit een bijscholing over gehad. Dat zou ik daar eerst een bijscholing moeten over volgen.* » (onervaren arts 8)

« *Ik kan het aantal uitgevoerde procedures niet tellen. Ik ben daar zeer regelmatig mee bezig. Waarbij toch wel enkele euthanasiën per jaar in de eigen praktijk.* » (ervaren LEIFarts 2)

Over het algemeen kunnen we stellen dat de interviews een inzicht bieden in de complexiteit en diversiteit van opvattingen over euthanasie. Belangrijke factor is daarbij ook de invloed dat het proces Tine Nijs op artsen heeft gehad. Getuigen daarvan zijn de volgende quotes.

> « *Ik denk dat we als arts toch wat schrik hebben gekregen sinds het proces van Tine Nys. Wat is er gebeurd dat daar zo'n zaak van gemaakt is? Dat maakt dat artsen bang zijn om hun fiat te geven bij psychisch leiden.* » (arts 6)

> « *Hoe zwaar artsen gestraft worden die eigenlijk het opzet hebben hun patiënt te helpen of proberen zo goed mogelijk te helpen en met de overtuiging dat ze dit goed doen. We volgen de wetgeving en alles is in orde en als je dan ziet welke zware financiële straffen soms opgelopen.* » (arts 2)

> « *Ja ik denk dat er moet gestopt worden met die rechtszaken, ik kan me niet inbeelden dat je als arts een euthanasie uitvoert met als doel iemand koud te doden, eerder om het lijden te stoppen.* » (arts 12)

> « *Ik vind het toch wel heel beklemmend dat hierover assisenprocessen worden gevoerd.* » (arts 13)

4.3.2 Patiëntgebonden factoren

De fragmenten over patiëntgebonden factoren in het euthanasieproces onderstrepen de complexiteit van deze factor in de besluitvorming. In het geval van dementie benadrukken de artsen het belang van vroegtijdige en open communicatie, waarbij rekening wordt gehouden met wisselende momenten van wilsbekwaamheid. De LEIF-artsen benadrukken het cruciale belang van het betrekken van de gehele omgeving bij het besluitvormingsproces, zelfs als een patiënt het recht heeft euthanasie te vragen tegen de wil van zijn omgeving in.

> « *Ja, zoals de wetgeving nu is, wordt er veronderstelD om geen euthanasie uit te voeren bij demente patiënten omdat ze niet beantwoorden aan één van de vereisten: zijnde actief kunnen vragen naar euthanasie. Als de wetgeving verandert, kan ik me daar misschien in de toekomst wel beter in vinden. Ik ga me nu niet engageren voor een euthanasie die niet aan de wettelijke voorwaarden voldoet.* » (arts 1)

> « *Een demente patiënt is voor mij geen probleem, maar de patiënt moet wel nog wilsbekwaam zijn.* » (arts 9)

Psychisch lijden wordt als een complex vraagstuk gezien, waarbij de arts aangeeft dat het uitvoeren van euthanasie bij langdurig psychisch lijden moeilijker kan zijn dan bij terminale fysieke aandoeningen. Deze constatering benadrukt de noodzaak voor artsen om volledig achter de casuïstiek te staan. Overkoepelend weerspiegelen deze inzichten de delicate balans tussen de wensen van de patiënt, de betrokkenheid van de familie en de professionele ethische overwegingen in het streven naar een zorgvuldige en respectvolle uitvoering van euthanasie. De complexiteit van psychisch lijden en de noodzaak van een integrale benadering met inbegrip van de omgeving onderstrepen de behoefte aan voortdurende reflectie en zorgvuldige afweging bij het omgaan met deze kwesties.

« *Ik had een casus met psychisch lijden. Dat zijn sowieso al heel moeilijke dossiers. Na overleg met de behandelende psychiater heb ik dat geweigerd. Dat was een heel duidelijke borderline. Twee weken later was hij ook veranderd van mening. Dus dat was precies een correcte conclusie.* » (arts 10)

« *Ik had een case in verband met ernstig psychisch lijden. Dat was zeer moeilijk. Ook vooral omdat nadien de Euthanasiecommissie daarover tot twee keer toe vragen heeft gesteld. Als er nog eens een patiënt mee komt, ga ik daar toch zeer terughoudend tegenover staan.* » (arts 4)

Al deze beschouwingen bij de artsen leiden tot de intentie om een euthanasie te overwegen, maar artsen halen dan bijkomende ondersteunende factoren en barrières aan die tot de uiteindelijke beslissing zullen leiden.

4.3.3 Barrières

Een opvallende barrière die artsen aanhalen, is het gebrek aan kennis, vooral op ethisch gebied. Het ethische aspect van euthanasie wordt beschouwd als een cruciaal onderdeel dat artsen kan weerhouden van het uitvoeren van euthanasie. Er wordt benadrukt dat artsen die niet bereid zijn euthanasie uit te voeren, gerespecteerd moeten worden, en er alternatieve oplossingen moeten worden geboden om deze barrière te overwinnen.

« *Het grootste stuk is, denk ik, het gebrek aan kennis. Dat is een grote barrière.* » (arts 2)

« *Ik heb alleen angst om het zelf te moeten doen, omdat ik er mij niet goed genoeg in opgeleid vind.* » (arts 8)

Een andere belangrijke hindernis is het gevoel bij sommige artsen onvoldoende opgeleid te zijn. Ze ervaren aarzeling en ongemak bij het zelf uitvoeren van euthanasie en zoeken vaak overleg met collega's om onzekerheden te verminderen. Het benadrukt het belang van voortdurende professionele ontwikkeling en ondersteuning binnen de medische gemeenschap.

Financiële zorgen vormen ook een aanzienlijke barrière. De beperkte aandacht en financiële middelen voor aspecten als LEIF-advies en de uitvoering van euthanasie worden als problematisch ervaren. Hoewel financiële belemmeringen als ontmoedigend worden gezien, benadrukt de arts dat geld niet de drijfveer mag zijn om euthanasie niet uit te voeren. De grootste hinderpaal wordt echter geïdentificeerd als de onzekerheid, vooral bij psychisch lijden, wat een complex en moeilijk oplosbaar aspect van de euthanasievraagstukken is.

« *Naar financiering toe vind ik dat er veel te weinig aandacht aan besteed wordt, zowel aan het LEIF-advies als aan het uitvoeren van een euthanasie. Ik ben blij als er een RIZIV-code komt voor voortijdige zorgplanning binnen de praktijk. Maar alles wat met euthanasie te maken heeft, het bezoek, het verslag, het uitvoeren van de euthanasie, het verslag naar de euthanasiecommissie, al die dingen worden eigenlijk niet vergoed. Dat is spijtig dat er zo weinig aandacht aan besteed wordt, of zo weinig geld wordt vrijgemaakt. Dus financieel zeker een domper, maar dat mag geen drijfveer zijn om het niet te doen of een hinderpaal zijn om het niet te doen. De grootste hinderpaal vind ik de onzekerheid, zeker bij psychisch lijden. Dat vind ik een hele grote hinderpaal.* » (arts 2)

4.3.4 Ondersteunende factoren

Hier wordt de cruciale rol van samenwerking benadrukt, met de suggestie om technisch onderlegde verpleegkundigen te betrekken bij euthanasie, vooral wanneer specifieke technische vaardigheden zoals het prikken van infusen vereist zijn. De vermelding van LEIF-artsen, die bekend zijn bij de arts als collega's, benadrukt het belang van een ondersteunend netwerk binnen de professionele gemeenschap.

> « *In de ideale situatie heb je een verpleegster die enigszins vertrouwd is met euthanasie. Die eventueel het infuus kan prikken en daadwerkelijk u kan bijstaan met de euthanasie. Het bestaan van LEIF-artsen in de buurt en die je daadwerkelijk kent als collega. Deze laatste zin lijkt niet af: bijvoorbeeld: Het bestaan van LEIF-artsen in de buurt, die je daadwerkelijk kent als collega, zou ook een ondersteunende factor zijn.* » (arts 1)

> « *Bij mij gaf het vroeger redelijk wat stress. Ik zocht toen contact met een vriendin die anesthesiste was. Om zeker te zijn dat ik voldoende dosis had. Je wilt daar geen slecht figuur slaan. Zeker niet dat als heel de familie daar zit. Je moet zien dat alles foutloos verloopt.* » (arts 12)

Deze quote benadrukt de emotionele impact en stress die gepaard gaan met euthanasie. Het belang van externe ondersteuning, in dit geval, een anesthesiste-vriendin, illustreert het belang van het zoeken naar ervaren advies.

De noodzaak van educatie komt duidelijk naar voren, waarbij de arts pleit voor een gestructureerde basisopleiding die alle aspecten van euthanasie behandelt, inclusief administratie en procedures. Het gebrek aan aandacht voor euthanasie in de initiële opleiding benadrukt de noodzaak van voortdurende bijscholing om professionals volledig uit te rusten met de benodigde kennis en vaardigheden in dit complexe domein. Samengevat onderstrepen deze quotes het belang van samenwerking, externe ondersteuning en continue educatie als fundamentele pijlers voor een zorgvuldige en respectvolle uitvoering van euthanasie.

> « *Een basisopleiding waar dat eigenlijk in aan bod komt, is noodzakelijk. Bijvoorbeeld om al een kennismaking te hebben gehad, zowel qua administratie als qua procedure. Hoe pak ik dat van in het begin aan, van de eerste vraag tot de uitvoering? Daar is eigenlijk in heel mijn opleiding tot huisarts en in de opleiding geneeskunde niet over gesproken geweest.* » (arts 3)

5 Discussie

Het onderzoek naar euthanasie onthult een diversiteit aan opvattingen onder artsen, beïnvloed door factoren als kennisniveau, ervaring met LEIF en persoonlijke overtuigingen. Voor dementie blijkt emotie een significante rol te spelen. Fysiek lijden wordt algemeen als een acceptabele reden voor euthanasie beschouwd, maar nuances in casuïstiek tonen variatie in opvattingen.

De literatuurstudie benadrukt de invloed van religie, cultuur, leeftijd en ervaring op de houding van artsen tegenover euthanasie. Huisartsen tonen overwegend acceptatie, maar terughoudendheid bij zelfuitvoering, mede door twijfels over wettelijke criteria, juridische vrees en ethische bezwaren. Langdurige patiëntrelaties en verschillende interpretaties van "ondraaglijk lijden" spelen een rol.

Recente onderzoeken tonen terughoudendheid bij huisartsen in euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden na het proces Tine Nys. Ondanks betere ondersteuning zijn minder artsen bereid actief bij de uitvoering betrokken te zijn. Euthanasie bij dementerende patiënten blijft controversieel, met een huidig verbod in België. Ondanks toenemende aanvragen tonen artsen terughoudendheid, benadrukkend de complexiteit van het debat.

Professor Distelmans pleit voor wetswijzigingen om mensonterende situaties te voorkomen. De bevindingen benadrukken de complexiteit van euthanasie en benadrukken de noodzaak van diepgaande analyses van artsenstandpunten en terughoudendheid.

5.1 Sterktes en zwaktes van het onderzoek

De interviews duurden gemiddeld 45 minuten en leverden rijke data op. Tijdens de analyse hebben we een gedragsmodel ingebracht wat de data transfereerbaar maakt. De steekproef was klein en het onderzoek is alleen bij huisartsen uitgevoerd. De kwaliteit van de eerste interviews was minder goed gezien de beperkte ervaring, maar gaandeweg verliep het veel vlotter en kwam er ook waardevolle informatie uit de interviews.

5.2 Wat betekent dit voor mij als HAIO? Wat neem ik mee naar mijn eigen praktijk

Als HAIO heb ik geleerd dat euthanasie een complex onderwerp is, en het is belangrijk om hierover goed geïnformeerd te zijn en ethische educatie te krijgen. Samenwerken met ervaren collega's, vooral degenen die bekend zijn met LEIF, is waardevol voor mijn professionele ontwikkeling, omdat ze praktische kennis kunnen delen en kunnen helpen bij het bespreken van ethische dilemma's.

Het is essentieel om empathisch met patiënten te communiceren, zodat ik hun wensen en zorgen rond euthanasie beter begrijp. Deze communicatieve vaardigheden zullen me helpen een vertrouwensband op te bouwen en patiënten te begeleiden door dit complexe proces, waarbij ik duidelijke informatie verschaf en opensta voor hun vragen en angsten.

Het begrijpen van de complexiteit van psychisch lijden is waardevol. Het benadrukt de noodzaak van samenwerking met psychiaters en andere specialisten om zorgvuldige besluitvorming te waarborgen. Het vereist niet alleen mijn medische expertise, maar ook het vermogen om de situatie als geheel te bekijken, inclusief zowel fysieke als mentale aspecten.

Familiebetrokkenheid is iets waar ik rekening mee zal houden in mijn besluitvorming. Het begrijpen van de dynamiek binnen het gezin en het betrekken van familieleden kan bijdragen aan een meer

alomvattende benadering van de zorg voor de patiënt. Het is belangrijk om een balans te vinden tussen respect voor de autonomie van de patiënt en begrip voor de bredere context waarin deze beslissing wordt genomen.

Wat deze kwestie voor mij persoonlijk relevanter maakt, is dat ik zelf al betrokken ben geweest bij het uitvoeren van een euthanasie bij een arts die deelnam aan de interviews die zijn afgenomen. Hierdoor begrijp ik persoonlijk hoe stressvol het proces van uitvoering kan zijn voor de arts die hierbij betrokken is. Mijn achtergrond als assistent anesthesie, waarbij ik gedurende vijf jaar ervaring heb opgedaan in het plaatsen van infusen en het gebruik van producten gelijkaardig als deze gebruikt bij een euthanasie, zorgt ervoor dat deze aspecten voor mij niet vreemd zijn en geen persoonlijke stress bezorgen.

Al deze overwegingen zullen samenwerken om een evenwichtige benadering van euthanasie in mijn toekomstige praktijk te waarborgen. Het vermogen om zorgvuldige besluitvorming te combineren met empathische communicatie en samenwerking met andere professionals zal mijn professionele competentie versterken en bijdragen aan het bieden van ethisch verantwoorde zorg aan mijn patiënten en hun families. Het begrip van de complexiteit en de nuance die voortkomt uit deze inzichten zal dienen als een kompas in mijn dagelijkse praktijk, waarbij ik streef naar een respectvolle benadering van de euthanasievraagstukken die ik zal tegenkomen.

6 Conclusie

De literatuurstudie en het veldonderzoek naar euthanasie tonen overeenkomstige uitdagingen voor artsen. Huisartsen staan weliswaar open voor euthanasie, maar de bereidheid tot uitvoering is minder uitgesproken. Beide onderzoeken benadrukken factoren zoals kennisniveau, ervaring met LEIF, en persoonlijke overtuigingen die de houding van artsen beïnvloeden. Euthanasie in geval van dementie blijkt een complex terrein waar emoties een significante rol spelen.

Patiëntgebonden factoren, met name bij dementie en psychisch lijden, worden als cruciaal beschouwd. Er heerst een delicate balans tussen patiëntwensen, familiebetrokkenheid en ethische overwegingen. Zowel de literatuur als het veld wijzen op barrières, zowel emotioneel als praktisch, zoals een gebrek aan kennis en juridische angst. Ondersteunende factoren omvatten een multidisciplinaire aanpak, betrokkenheid van verpleegkundigen, continue educatie, en samenwerking binnen medische teams.

Het gezamenlijke beeld onderstreept de complexiteit van euthanasie en benadrukt de behoefte aan brede verbeteringen, van educatie tot communicatie en juridische duidelijkheid.

7 Dankwoord

Met oprechte dankbaarheid wil ik enkele personen die een cruciale rol hebben gespeeld in het voltooien van mijn masterthesis in het bijzonder erkennen. Mijn dierbare zus Anse, mijn nicht Joke, mijn buurmeisje Carolin en partner Pieter-Jan, Professor Peremans, Professor Van Rompaey, Professor Wens, de zeer gewaardeerde geïnterviewde artsen, en niet te vergeten mijn collega Thomas die als een waardevol klankbord diende, hebben allemaal op hun eigen unieke manier bijgedragen aan de totstandkoming van dit werk. Hun inzichten, expertise en toewijding hebben mijn onderzoek verrijkt en versterkt.

Mijn diepste dank gaat naar hen, evenals naar mijn ouders Bo en Linda, voor hun onschatbare bijdragen en onvoorwaardelijke steun gedurende dit academische avontuur.

8 Bibliografie

1 Birnbacher D. Euthanasia. In: Smelser NJ, Baltes PB, editors. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. Oxford: Pergamon; 2001. p. 4933-7.

2 Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying around the world: a status quaestionis. Ann Palliat Med. 2021;10(3):3540-53.

3 Parlement. http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22_1.pdf#Page16. . BELGISCH STAATSBLAD. 22.06.2002.

4 Uitgevers. VD. Van Dale verklarend woordenboek Nederlands. 2022.

5 Marijnissen RM, Chambaere K, Oude Voshaar RC. Euthanasia in Dementia: A Narrative Review of Legislation and Practices in the Netherlands and Belgium. Front Psychiatry. 2022;13:857131.

6 Utrecht R. Familie van Tine Nys uit Sint-Niklaas stapt naar Hof van Cassatie na vrijspraak. VRT nieuws. 23/11/2023.

7 Pubmed. 2023.

8 Meeussen K, Van den Block L, Bossuyt N, Echteld M, Bilsen J, Deliens L. Dealing with requests for euthanasia: interview study among general practitioners in Belgium. J Pain Symptom Manage. 2011;41(6):1060-72.

9 Christiaens T, Derese, A., Deveugele, M., Grypdonck, M., Pype, P., Sercu, M. Is de Vlaamse huisarts bereid om legale euthanasie uit te voeren? Kwalitatief onderzoek bij 52 huisartsen. Huisarts Nu. 2013;2013;42:109-13. .

10 Smets T, Cohen J, Bilsen J, Van Wesemael Y, Rurup ML, Deliens L. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. J Pain Symptom Manage. 2011;41(3):580-93.

11 Bernheim JL, Distelmans W, Mullie A, Ashby MA. Questions and answers on the Belgian model of integral end-of-life care: experiment? Prototype? : "Eu-euthanasia": the close historical, and evidently synergistic, relationship between palliative care and euthanasia in Belgium: an interview with a doctor involved in the early development of both and two of his successors. J Bioeth Inq. 2014;11(4):507-29.

12 Verhofstadt M, Audenaert K, Mortier F, Deliens L, Liegeois A, Pardon K, et al. Concrete Experiences and Support Needs Regarding the Euthanasia Practice in Adults With Psychiatric Conditions: A Qualitative Interview Study Among Healthcare Professionals and Volunteers in Belgium. Front Psychiatry. 2022;13:859745.

13 Verhofstadt M, Audenaert K, Van den Broeck K, Deliens L, Mortier F, Titeca K, et al. Euthanasia in adults with psychiatric conditions: A descriptive study of the experiences of Belgian psychiatrists. Sci Prog. 2021;104(3):368504211029775.

14 FCEE. Tiende verslag aan de wetgevende kamers. Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie 2020-2021.

15 FCEE. Negende verslag aan de wetgevende kamers. Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. 2018 - 2019.

16 Cleemput J, Schoenmakers B. Euthanasia in the case of dementia: a survey among Flemish GPs. BJGP Open. 2019;3(4).

17 LEIF. Petitiecampagne LEIF: 'Geef mij het recht om te kiezen'. 2012.

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1

ETHISCH COMITE

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Johan Wens

FAMPOP

Universiteit Antwerpen

Dr. Matthias Boogaerts

Datum: 20/12/2022

Project ID 5051 - Edge n/a

Project titel: Redenen waarom (huis)artsen (niet) bereid zijn tot het uitvoeren van een euthanasieverzoek

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 19/12/2022.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
GCP	ICH GOOD CLINICAL PRACTIC M. Boogaerts	10/11/2022	1
CV	CV matthias boogaerts nov22	22/11/2022	1
CV	221122 JW CV UA	22/11/2022	1
GCP	211028 JW GCP certificate	22/11/2022	1
Insurance	Verzekering UAntwerpen 2022	22/11/2022	1
ICF	Informatieformulier versie 28 november	28/11/2022	1
Other	Geïnformeerde toestemming versie 28 november	28/11/2022	1
Protocol	Verzoek tot advies gericht aan de Ethische Adviescommissie Matthias Boogaerts 29 november	29/11/2022	1
Other	Methodologie versie 29 november	29/11/2022	1
Other	Afzonderlijke toestemming voor maken audio-opname versie 29 november	29/11/2022	1
Other	Afzonderlijke toestemming voor later gebruik audiomateriaal versie 29 november	29/11/2022	1
Other	Dank deelname versie 29 november	29/11/2022	1

De volgende opmerking werd nog gemaakt:

- ICF: gelieve de bewaartermijn uit te breiden naar 20 jaar i.p.v. 10 jaar, inzage- en verbeterrecht toevoegen (zie ook template ICF menu Help - Templates als voorbeeld).

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

9.2 Bijlage 2

9.2.1 Topic 1 - Ervaringen met verzoek tot euthanasie (wilsverklaring, echt verzoek)

- Welke ervaringen heeft u met euthanasie
  - Hoeveel
  - Bij welk soort populatie?
  - Welk soort problematiek?
  - Welke verhouding ervaart u: fysiek vs. psychisch lijden?
- Denk eens terug aan uw laatste euthanasie.
- Hoe is het beslissingsproces daarrond verlopen?
- Hoe is die verlopen? (Eventuele moeilijkheden daarbij)
- (Als de arts weinig ervaring heeft, kan je misschien ook wat dieper vragen naar de ervaring rond wilsverklaringen – kan interessant zijn om te weten of daar ervaring en interesse rond is.)
- Hoe denkt u dat het komt dat u weinig euthanasievragen heeft?
- (Soort populatie, andere culturen, dus weinig bespreekbaar???)
- Als de arts geen euthanasie doet kan je hier vragen hoe de arts het aanpakt in geval van verwijzing?
- Wat zijn uw ervaringen met familieleden?
- Kinderen met verschillende visies
- Wat doet het met u als een patiënt om euthanasie vraagt, en u kan er zich niet in vinden
- Hoe gaat u ermee om in de arts-patiënt relatie

9.2.2 Topic 2 - Kennis en opinies rond euthanasie

- Wat weet u over de euthanasieprocedures?
- Hoe ervaart u de organisatie een euthanasieprocedure (vb. aanstelling artsen,…)?
- Wat is uw opinie over het huidig euthanasiebeleid?
  - Bij lichamelijk lijden
  - Bij psychisch lijden
  - Bij demente patiënten
- Wat is uw persoonlijke visie rond euthanasie?
- Wat zijn voor u essentiële stappen in het ganse verzoek(proces) rond euthanasie?
- Wat zouden voor u de voornaamste reden zijn om euthanasie te weigeren? Is dit gebaseerd op voorgaande ervaringen met euthanasie (persoonlijk/professioneel)?
- Hoe gaat u om met een vraag bij een demente patiënt?
- Hoe gaat u om met een vraag van een patiënt die levensmoe is?
- Hoe beïnvloedt deze visie u in de praktijk?

9.2.3 Topic 3 - Uw eigen rol bij euthanasie

Indien u wel wenst in te gaan op een euthanasieverzoek: zou u zowel willen optreden als adviserend arts, als uitvoerend arts of zou u uw bijdrage willen beperken tot vb. (i) inlichtingen geven, (ii) optreden als adviserend arts, of (iii) optreden als uitvoerend arts?

- Hoe stelt u het team samen dat de euthanasie uitvoert?
- Bent u al opgetreden als adviserend arts?
- Welke besluiten heeft u genomen als adviserend arts?
- Hoe ervaart u die beslissingsbevoegdheid?
- Heeft u al voor een dilemma gestaan dat u niet goed kon inschatten? Hoe heeft u toen gehandeld?
- Heeft de euthanasie effectief plaatsgevonden?
- Uitvoerend arts:
- Hoe gaat u om als persoon met de uitvoering van euthanasie? Weegt dit op u als persoon?
- Weegt de verantwoordelijkheid zwaarder als uitvoerende arts ten opzichte van adviserend arts?
- Heeft deze ervaring uw visie op euthanasie veranderd?

9.2.4 Topic 4 - Barrières en facilitatoren

- Welke maatregelen kunnen genomen worden om artsen aan te moedigen/comfortabeler te laten voelen om over te gaan tot euthanasie?
- Wat kan u persoonlijk helpen om euthanasie uit te voeren?
- Welke barrières ondervindt u om euthanasie uit te voeren?
    - Praktisch
    - Werkdruk
    - Betaling?

9.2.5 Topic 5 - eigen emoties

- Euthanasie is een emotioneel geladen proces. Hoe zou u ermee omgaan?
- Welke aspecten ervaart u als onaangenaam bij een euthanasieverzoek/-procedure?
- Hoe gaat u om met dillemma's bij een vraag naar euthanasie?
- Hoe gaat u om als persoon met euthanasie? Weegt het uitvoeren van euthanasie op u als persoon?
- Waar vindt u steun om erover te praten?

9.3 Bijlage 3

Alle gebruikte artikels zijn raadpleegbaar via deze link: klik hier.