



Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader?

Adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten

2017

Leden werkgroep:

Joris Vandenberghe (coveoorzitter van de werkgroep en penhouder), Koen Titeca (coveoorzitter van de werkgroep en penhouder), Frieda Matthys (voorzitter van de VVP), Kris Van den Broeck (VVP-directeur), Thomas Detombe (communicatieverantwoordelijke VVP), Stephan Claes, Jonas Claeys, Jürgen De Fruyt, Marc Hermans, Gilbert Lemmens, Dirk Peeters en Rob Van Buggenhout, allen bestuursleden van de VVP

Inhoudstafel:

- A. Samenvatting
- B. Inleiding
- C. Structuur van deze adviestekst
 - 1. Een zorgvuldig evaluatieproces in combinatie met voortgezette zorg
 - 1.1 Betrokken partijen, terminologie en zorgvuldigheidsvereisten
 - 1.2 De gerichtheid op de doodswens én het leven
 - 1.3 Taken van de betrokken psychiaters
 - 2. Evaluatie van de medisch uitzichtloze toestand
 - 3. Evaluatie van het aanhoudende en ondraaglijke karakter van het fysiek of psychisch lijden.
 - 4. Evaluatie van het herhaalde, vrijwillig en overwogen karakter van een euthanasieverzoek
 - 5. De Patiënt inlichten
 - 6. Betrokkenheid van familie of belangrijke derden
 - 7. Betrokkenheid van andere zorg- en hulpverleners
 - 8. Waarden, emoties en mogelijke tegenoverdracht
 - 9. Finale besluitvorming
 - 10. Euthanasie en medisch begeleide zelfdoding
 - 11. Medisch zorgvuldige uitvoering euthanasie (Appendix A)
 - 12. Verslaggeving (Appendix B en C)
 - 13. Zorg voor nabestaanden

Gelieve bij verwijzing naar (delen van) dit document, volgende bronvermelding te gebruiken: Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (2017). *Hoe omgaan met een euthanasieverzoek omwille van ondraaglijk psychisch lijden binnen het huidig wettelijk kader? Adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten*. Kortenberg, België.

A. Samenvatting

Deze Adviestekst geeft het standpunt van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) weer over de te hanteren zorgvuldigheidscriteria bij een euthanasieverzoek omwille van ondraaglijk psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening, binnen het [huidige wettelijk kader](#). De adviestekst omschrijft de volgens de VVP te volgen zorgvuldigheidscriteria voor psychiaters (en eventueel andere hulpverleners). Deze zorgvuldigheidscriteria kunnen een bepaalde interpretatie geven aan de wettelijke voorwaarden, deze concreet maken specifiek in de context van euthanasie in psychiatrie, of ze kunnen ook een standpunt van de VVP weergeven waarbij de zorgvuldigheid vanuit het perspectief van de beroepsgroep in deze specifieke situatie verder moet gaan dan de [wettelijke voorwaarden](#). De vraag voor euthanasie moet van de patiënt komen en mag niet worden gesuggereerd door een hulpverlener. We pleiten voor gepaste terughoudendheid en blijvende gerichtheid op het leven en op herstel. De wettelijke criteria worden vertaald in uitgewerkte zorgvuldigheidsvereisten, die grondig getoetst worden in een voldoende lang en uitgebreid evaluatieproces. Hierbij is er onder andere bijzondere aandacht voor de evaluatie van de wilsbekwaamheid en de exploratie van de onderliggende persoonlijke en interactionele betekenissen van het euthanasieverzoek. In het evaluatieproces worden alle kansen gegrepen om het leven terug draaglijker te maken. De ervaring leert dat een groot deel van de patiënten die euthanasie vragen uiteindelijk niet voor euthanasie kiezen. De familie en naaste omgeving van de patiënt worden in overleg met de patiënt betrokken. De lat voor de criteria 'medische uitzichtloosheid', 'onbehandelbaarheid' en 'onlenigbaarheid van het lijden' wordt hoog gelegd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de respectievelijke diagnosespecifieke richtlijnen die nagaan of elk redelijk behandelperspectief uitgeput is. Dit is een medisch-psychiatrische evaluatie waarbij het zwaartepunt dus bij de psychiater ligt, terwijl voor de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden het zwaartepunt bij de patiënt ligt.

We onderschrijven de drie elementen die de Nederlandse richtlijn hanteert voor een redelijk behandelperspectief: een zicht op verbetering bij adequate behandeling, binnen een overzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en belasting van de behandeling voor de patiënt. Elke wetenschappelijk onderbouwde behandeling voor de aandoening(en) in kwestie moet op een herstelgerichte en deskundige manier geprobeerd zijn, inclusief aandacht voor een palliatieve benadering voor niet-medische herstelgerichte interventies (bv. sociale begeleiding, verandering woonomgeving, (vrijwilligers)werk, zingeving,...). Elke patiënt heeft het recht een redelijk behandelperspectief te weigeren, maar het gevolg daarvan is dat niet kan worden aangetoond dat de criteria 'medische uitzichtloosheid', 'onbehandelbaarheid' en 'onlenigbaarheid van het lijden' vervuld zijn, waardoor euthanasie niet mogelijk is. Op die manier is euthanasie alleen mogelijk als allerlaatste optie, bij een weloverwogen, herhaald en duurzaam verzoek van een wilsbekwame patiënt, in afwezigheid van elk redelijk behandelperspectief. Er moeten minstens twee psychiaters betrokken worden. Steeds moeten de betrokken artsen en, indien van toepassing, de multidisciplinaire teams tot de overtuiging komen dat er geen redelijk behandelperspectief meer is bij een patiënt die ondraaglijk lijdt aan een psychiatrische aandoening en zelf euthanasie vraagt. De twee geraadpleegde artsen voeren een volledige evaluatie uit van alle wettelijke criteria, en niet alleen van degene die strikt genomen voor de eerste en tweede geraadpleegde artsen voorzien zijn. Ze rapporteren hierover uitgebreid en zorgvuldig met een onderbouwd en gemotiveerd advies. Er moeten twee positieve adviezen zijn en eventuele negatieve adviezen worden mee in overweging

genomen. Vooraleer euthanasie wordt uitgevoerd, is een overleg tussen alle betrokken huidige en vroegere artsen en hulpverleners aangewezen, desgevallend aangevuld met andere experts. Na een eventuele uitvoering is er bijzondere aandacht voor de opvang van de nabestaanden en de zorg voor eigen betrokken personeel.

B. Inleiding

Deze adviestekst omschrijft wat zorgvuldig handelen volgens de VVP betekent bij een euthanasieverzoek van een patiënt die ondraaglijk psychisch lijdt ten gevolge van een psychiatrische aandoening (verderop kortweg 'euthanasie in psychiatrie'). Euthanasie in psychiatrie is wettelijk mogelijk in België onder een aantal voorwaarden ([wet betreffende de euthanasie, 2002](#)). Zo moet het verzoek onder andere herhaald, duurzaam en weloverwogen zijn (dit betekent onder meer dat de wens om te sterven dus geen symptoom van de aandoening is). De psychiatrische aandoening moet ook ernstig en ongeneeslijk zijn, het lijden niet te lenigen en de situatie medisch uitzichtloos, wat wil zeggen dat er geen redelijk behandelperspectief meer is. In de psychiatrie betekent dit dus dat een patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke psychiatrische aandoening.

Euthanasie in psychiatrie mag dan wel wettelijk geregeld zijn, het blijft controversieel. De meningen lopen sterk uiteen en de discussies verlopen vaak heftig, zowel in de samenleving, in de media als binnen de beroepsgroep van psychiaters. Consensus vinden onder Vlaamse psychiaters over de wenselijkheid van euthanasie in psychiatrie is momenteel onmogelijk. Aan de ene kant zijn er psychiaters die de mogelijkheid van euthanasie in psychiatrie sterk verdedigen. Aan de andere kant zijn er psychiaters die er voor pleiten om euthanasie in psychiatrie opnieuw wettelijk onmogelijk te maken. Ze menen dat dit nooit gerechtvaardigd is en dat de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie een duidelijk standpunt moet innemen tegen euthanasie in psychiatrie, zoals ook de *American Psychiatric Association* dat deed. Tussen deze beide polen zitten psychiaters die geen uitgesproken standpunt hebben of twijfelen, en een grote groep psychiaters die achter de mogelijkheid van euthanasie in psychiatrie staan, maar wel pleiten voor grote zorgvuldigheid en terughoudendheid waarbij euthanasie alleen kan als allerlaatste optie, als alle redelijke behandelperspectieven zijn uitgeput.

De verdeling van deze verschillende standpunten binnen de groep van Vlaamse psychiaters is nog nauwelijks onderzocht. Het enige onderzoek dat ons bekend is, is een masterthesis (Shana Wouters, KU Leuven, 2017, promotoren Ludwina Van Bouwel, Joris Vandenberghe en Jan De Lepeleire). Die thesis bevroeg anoniem 111 psychiaters en psychiaters in opleiding, verbonden aan het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven (responsgraad 45%). Daaruit bleek dat 64% van de respondenten zich kon vinden in euthanasie bij een psychiatrische ziekte. Maar dit is mogelijk niet representatief voor de hele Vlaamse psychiatrie en vraagt breedschaliger vervolgonderzoek, wat ook in voorbereiding is.

Juist omdat hierover geen consensus bestaat en de standpunten onder psychiaters zelfs heel ver uit elkaar liggen, is het niet de bedoeling van de VVP-adviestekst om zich over de wenselijkheid van euthanasie in psychiatrie uit te spreken. Dat debat – met alle argumenten pro en contra – wil deze adviestekst niet voeren en komt elders, zowel in de media als in de wetenschappelijke literatuur, uitgebreid aan bod. Wel willen we ons als

beroepsvereniging uitspreken over de zorgvuldigheidscriteria voor de psychiater die ervoor kiest op een of andere wijze betrokken te zijn bij een euthanasieverzoek in psychiatrie. Een deel van de tegenstanders van euthanasie in psychiatrie vindt dit niet wenselijk, omdat ze menen dat de VVP zo impliciet euthanasie in psychiatrie zou legitimeren. Toch heeft het breed samengestelde bestuur van de VVP op 22 februari 2016 unaniem beslist dat het wenselijk en belangrijk is dat we ons als VVP uitspreken over zorgvuldigheidscriteria. Dit werd concreet gemaakt door de oprichting van een werkgroep¹ met leden van het VVP-bestuur van uiteenlopende strekking, met als taak zorgvuldigheidscriteria uit te werken voor de psychiater die betrokken is bij een euthanasieverzoek.

Deze adviestekst is het resultaat van de werkzaamheden van deze werkgroep, herhaalde terugkoppeling met het bestuur van de VVP en 2 breed opgezette feedbackgroepen. Een eerste feedbackgroep² richtte zich op niet-psychiaters die bij de problematiek betrokken zijn: ervaringsdeskundigen, ethici, artsen niet-psychiaters, LEIF- artsen, juristen, politici,... Een tweede feedbackgroep³ richtte zich op een bredere groep psychiaters die bij de thematiek betrokken zijn (als kritische stem en/of betrokkenheid bij euthanasieverzoeken). De op basis van deze feedbackgroepen grondig herwerkte adviestekst werd op 20 november 2017 goedgekeurd door het bestuur van de VVP. Het is dus een adviestekst met brede input die als compromis door het bestuur aanvaard werd. De adviestekst weerspiegelt dus niet per se de individuele standpunten van elk van de leden van de werkgroep, noch van individuele bestuursleden. Ook de leden van de feedbackgroepen zijn uiteraard op generlei wijze gebonden door deze adviestekst.

De focus van deze adviestekst omvat de zorgvuldigheidscriteria bij een euthanasieverzoek van een meerderjarige patiënt bij ondraaglijk psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening. Minderjarigen vallen buiten het bestek van deze adviestekst omdat euthanasie bij minderjarigen alleen onder bepaalde voorwaarden mogelijk is voor fysiek lijden in een terminale fase. Euthanasieverzoeken omwille van ondraaglijk lijden ten gevolge van een neuropsychiatrische aandoening zoals dementie worden niet behandeld in deze adviestekst omdat er te grote verschilpunten zijn. Dit vraagt een aparte analyse en benadering. Ook euthanasieverzoeken omwille van een lichamelijke aandoening bij patiënten met een psychiatrische problematiek vallen buiten de scope van deze adviestekst, net zoals de psychiatrische evaluatie van patiënten die euthanasie vragen omwille van een lichamelijke aandoening in een niet-terminale fase.

¹De samenstelling van de werkgroep was als volgt: Joris Vandenberghe (covoorzitter van de werkgroep en penhouder), Koen Titeca (covoorzitter van de werkgroep en penhouder), Frieda Matthys (voorzitter van de VVP), Kris Van den Broeck (VVP-directeur), Thomas Detombe (communicatieverantwoordelijke VVP), Stephan Claes, Jonas Claeys, Jürgen De Fruyt, Marc Hermans, Gilbert Lemmens, Dirk Peeters en Rob Van Buggenhout, allen bestuursleden van de VVP

²De samenstelling van de eerste feedbackgroep dd. 3/10/2017 was als volgt (met inbegrip van de mensen die per e-mail feedback gaven): Joris Vandenberghe (covoorzitter van de werkgroep en penhouder), Koen Titeca (covoorzitter van de werkgroep en penhouder), Kris Van den Broeck (VVP-directeur), Thomas Detombe (communicatieverantwoordelijke VVP), Franky Bussche, Ann Callebert, Els De Baerdemaeker, Amy De Schutter, Wim Distelmans, Chris Gastmans, Axel Liégeois, Luc Proot, Frank Schweitser, Sigrid Sterckx, Kris Van de Gaer.

³De samenstelling van de tweede feedbackgroep dd. 16/10/2017 was als volgt (met inbegrip van de mensen die per e-mail feedback gaven): Joris Vandenberghe (covoorzitter van de werkgroep en penhouder) Koen Titeca (covoorzitter van de werkgroep en penhouder), Frieda Matthys (VVP-voorzitter), Kris Van den Broeck (VVP-directeur), Thomas Detombe (communicatieverantwoordelijke VVP), Dorine Broekaert, Kirsten Catthoor, Marc Calmeyn, Marc De Hert, An Haekens, Georges Otte, Lieve Thienpont, Wim Van Daele, Stefan Van Muylem, Bea Verbeeck.

Tot slot valt ook de combinatie van euthanasie met orgaandonatie buiten het bestek van deze adviestekst. Daarover bereidt het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek overigens een advies voor.

Deze adviestekst is uitdrukkelijk geen richtlijn omdat niet gekozen is voor de strikte opbouw en werkwijze om volgens de regels van de kunst tot een richtlijn te komen. Enerzijds menen we dat het onderwerp met vooral ethische afwegingen zich hier niet goed toe leent. Anderzijds is de tijdsinvestering die een dergelijk proces vraagt niet haalbaar zonder specifieke financiering. Alle psychiaters en externe betrokkenen werkten onbezoldigd aan deze adviestekst.

Deze adviestekst baseert zich sterk op de [Nederlandse richtlijn: 'Verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' \(2009\)](#). In Nederland regelt de wet zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding onder bepaalde voorwaarden. In de periode dat onze adviestekst werd voorbereid, werd deze Nederlandse richtlijn grondig herwerkt. Er waren verschillende contacten met de Nederlandse collega's en in de laatste fase kregen we ook hun concepttekst ter beschikking (Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis). Die concepttekst werd op dat moment in Nederland verspreid ter becommentariëring door de beroepsgroep en andere betrokkenen. In Nederland opteerde men er wel voor om de structuur en het proces van een formele richtlijn te volgen. Omdat de finale versie van hun richtlijn nog niet voorgesteld is op het moment dat we onze adviestekst voorstellen, hebben we er in overleg voor gekozen ons momenteel hoofdzakelijk te baseren op en te citeren uit de versie van hun richtlijn van 2009. De twee belangrijkste uitgangspunten van deze adviestekst zijn dus de [wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002](#) en de [Nederlandse 'Richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'](#) (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De Tijdstroom, Utrecht 2009).

Bij het citeren uit de Nederlandse' richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis, zullen we 'hulp bij zelfdoding' consequent vervangen door 'euthanasie'. Zo maken we de citaten toepasselijker voor de Belgische context. In de herziene versie van hun richtlijn spreken onze Nederlandse collega's overigens ook systematisch over euthanasie in plaats van hulp bij zelfdoding. Deze adviestekst gaat verder in op het statuut van hulp bij zelfdoding en medisch begeleide zelfdoding in België (Zie Sectie 10).

Rond de tijd dat deze VVP- adviestekst publiek wordt gemaakt, zullen ook twee andere adviesteksten worden voorgesteld: een ethisch advies van Zorgnet-Icuro en een advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek over euthanasie en psychisch lijden. Deze hebben elk een andere insteek en leggen andere accenten, maar er is wel overlap in de betrokkenen en/of er is overleg geweest tussen de betrokkenen.

In wat volgt zijn de **concrete zorgvuldigheidsvereisten die de VVP vooropstelt in vet weergegeven**. Zorgvuldigheidsvereisten kunnen een bepaalde interpretatie geven aan de wettelijke voorwaarden, deze concreet maken specifiek in de context van euthanasie in psychiatrie, of ze kunnen ook een standpunt van de VVP weergeven waarbij de zorgvuldigheid vanuit het perspectief van de beroepsgroep in deze specifieke situatie verder moet gaan dan de [wettelijke voorwaarden](#).

Tot slot. De evaluatie van een euthanasieverzoek in combinatie met de blijvende zorg voor de verzoeker vergt bijzonder veel van de patiënt, de familie en de betrokken artsen en hulpverleners. Wat daarbij misschien wel het belangrijkste is, is niet te vatten in aanbevelingen en zorgvuldigheidsvereisten. Het heeft te maken met bejegening, empathie, zorg, vertrouwen, betrokkenheid, timing, respect (o.a. wederzijds respect voor elkaars grenzen), de manier waarop gesprekken gevoerd worden en boodschappen gegeven worden. Zo is “ik ben nu *nog niet* bereid een positief advies te geven” of “op dit moment zijn de wettelijke criteria en zorgvuldigheidsvereisten nog niet vervuld” een heel andere boodschap dan “ik geef u een negatief advies.”

C. Structuur van deze adviestekst

Deze adviestekst bestaat uit een samenvatting van de inhoud, bovenstaande inleiding en in wat hieronder volgt 13 verschillende punten die belangrijk zijn in een zorgvuldige omgang met een euthanasieverzoek. In 1 focussen we op wat een zorgvuldig evaluatieproces in combinatie met voortgezette zorg betekent. Sectie 2 expliciteert het zorgvuldigheidscriterium medisch uitzichtloze toestand. Hiervoor verwijst de VVP naar de Nederlandse richtlijn, die dat criterium breed en grondig uitwerkte. 3 maakt het criterium ‘aanhoudende en ondraaglijke karakter van het fysiek of psychisch lijden’ concreet. In 4 expliciteren we de zorgvuldigheidscriteria m.b.t. de totstandkoming van en het herhaaldelijk karakter van een euthanasieverzoek, zonder externe druk. 5 handelt over transparantie van de arts naar patiënt. 6 benadrukt het belang van betrokkenheid van familie en derden. 7 focust op de noodzaak om andere zorg- en hulpverleners te betrekken. 8 zoomt in op de relevantie van waarden en emoties van betrokken artsen en mogelijke tegenoverdracht. 9 heeft het over de finale besluitvorming. 10 duidt het verschil tussen euthanasie en medisch begeleide zelfdoding. 11 focust op wat een medisch zorgvuldige uitvoering betekent. In 12 vind je extra details rond vooropgestelde verslaggeving en 13 tot slot handelt over de zorg voor nabestaanden.

1. Een zorgvuldig evaluatieproces in combinatie met voortgezette zorg

1.1. Betrokken partijen, terminologie en zorgvuldigheidsvereisten

Centraal staat uiteraard de patiënt die euthanasie vraagt. Daarnaast zijn er de naasten van de patiënt (familie, vrienden, medepatiënten,...) en de hulpverleners van de patiënt (multidisciplinaire teams, huisarts, ambulante psychiater, psycholoog, psychotherapeut,...). Aangezien de patiënt bij een euthanasieverzoek in psychiatrie zich in de regel niet in een terminale fase bevindt (‘de arts is van oordeel dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden’; Art. 3.§3), moeten er wettelijk gezien drie artsen betrokken zijn: de arts die de eventuele euthanasie zal uitvoeren (het is ook deze arts die het schriftelijk euthanasieverzoek ontvangt en de euthanasie aangeeft bij de Federale Controle- en EvaluatieCommissie (FCEC)), en twee onafhankelijk artsen die geraadpleegd worden door de uitvoerende arts en aan hem of haar verslag uitbrengen over het euthanasieverzoek. We spreken in wat volgt over de ‘uitvoerende arts’, de ‘eerste geraadpleegde arts’ en de ‘tweede geraadpleegde arts’. Met de term ‘uitvoerende arts’ willen we geenszins suggereren dat het ook effectief tot een uitvoering van de euthanasie

moet komen. De term is eerder bedoeld als een verkorting van ‘de arts die bereid is de euthanasie uit te voeren als alle wettelijke voorwaarden vervuld blijken te zijn en er twee positieve adviezen zijn van de onafhankelijke geraadpleegde artsen, en als de patiënt na dit evaluatieproces zijn verzoek concreet wil maken.’

De uitvoerende arts mag wettelijk gezien een van de behandelende artsen zijn, bv. de huisarts of de behandelende psychiater. Als de behandelende psychiater deze taak op zich neemt, kan hij of zij zich laten bijstaan (bv. voor de technische aspecten) door een collega (LEIF-arts (LevensEinde InformatieForum; specifieke opleiding en erkenning), palliatief arts, huisarts,...). **Als geen van de behandelende artsen bereid is uitvoerende arts te zijn, moet voor die rol een andere arts gezocht worden. De VVP onderschrijft de afspraken binnen LEIF dat dit voldoende vroeg in het proces moet gebeuren, zodat deze arts de kans krijgt om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de patiënt en om zelf de wettelijke criteria te beoordelen. Het is niet zorgvuldig pas op het einde van het evaluatieproces een arts te betrekken voor de uitvoering van een euthanasie.**

De twee geraadpleegde artsen moeten onafhankelijk zijn: onafhankelijk van de patiënt, van elkaar en van de uitvoerende arts. We gaan in wat volgt verder in op deze onafhankelijkheid. **In elk geval is duidelijk dat de behandelende artsen niet de positie van geraadpleegde arts kunnen innemen. Om in alle onafhankelijkheid tot een onbevangen beoordeling te kunnen komen, is het ook belangrijk dat deze geraadpleegde artsen tijdens het evaluatieproces geen behandelrol opnemen tegenover de patiënt. Wel kan zich een vertrouwensrelatie ontwikkelen tijdens dit evaluatieproces. Ze kunnen ook behandeladviezen formuleren voor de betrokken behandelende artsen.** Soms brengt dit de behandelende arts in de moeilijke positie dat de patiënt nog bereid gevonden wordt tot verdere behandelingen, maar dat die motivatie heel beperkt of zelfs oneigenlijk is, namelijk dat het volgen van de behandeling vooral tot doel heeft om een stap verder te komen in de evaluatie van het euthanasieverzoek. De betrokken artsen en hulpverleners achten verbetering en herstel nog mogelijk, maar de patiënt deelt deze hoop niet en wil gewoon beantwoorden aan het criterium dat alle zinvolle behandelopties geprobeerd zijn. Deze problematiek dient enerzijds transparant met de patiënt en de betrokkenen besproken te worden. Anderzijds kan deze externe, misschien wel oneigenlijk motivatie soms wel een nieuw startpunt zijn dat de patiënt tegen zijn of haar verwachting in toch vooruit helpt en verlichting van het lijden of herstel brengt. Het gebeurt in psychiatrie immers wel vaker dat het vertrekpunt van een behandeling een ambivalente en vooral externe motivatie kent maar dat dit tijdens het behandeltraject verschuift (bv. verslavingszorg).

1.2. Gerichtheid op de doodswens én op het leven

De doodswens van een patiënt wordt in de eerste plaats geëxploreerd binnen de therapeutische relatie. Vaak zit in die doodswens ook een hulpvraag vervat. Die doodswens heeft ook een betekenis in deze relatie en er wordt therapeutisch mee gewerkt, van exploreren over empathiseren naar uitdagen en in vraag stellen. Psychiaters werken dagelijks met suïcidale patiënten. Bij acute suïcidaliteit (groot gevaar voor zichzelf) die het gevolg is van een ernstige psychiatrische aandoening kan uitzonderlijk zelfs tot beschermingsmaatregelen zoals gedwongen opname worden overgegaan als er geen enkel alternatief is en de patiënt niet meer bereikt en beveiligd kan worden met

vrijwillige zorg en hulp. Maar bij het overgrote deel van de patiënten met suïcidaliteit wordt binnen een vertrouwensrelatie therapeutisch gewerkt aan en met deze suïcidaliteit. Deze adviestekst gaat niet over dat proces, maar over het antwoord dat gegeven wordt op een formeel euthanasieverzoek en de procedure die dan gevolgd wordt. Dit therapeutisch proces loopt verder tijdens deze procedure van uitklaring en evaluatie van het euthanasieverzoek.

Een euthanasieverzoek is niet zozeer een doodswens in de enge zin van het woord. Het is echter wel de wens om zo niet verder te (moeten) leven. De dood is dus maar een mogelijk antwoord. In de eerste plaats dient men de vraag te begrijpen als een vraag naar verandering van het huidig leven en/of het levensperspectief.

De evaluatie van een euthanasieverzoek is daarom niet alleen een toetsing van dat verzoek aan de wettelijke voorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten. Het is ook een opportuniteit om met de patiënt nieuwe kansen te exploreren en vorm te geven. Dit kunnen medische of psychotherapeutische interventies zijn, veranderingen in de psychosociale context (opleiding, werk, vrijwilligerswerk, woonvorm, netwerk,...), contact met ervaringsdeskundigen, palliatieve of crustatieve zorg,... De ondersteuning door ervaringsdeskundigen, die zelf dag in dag uit vorm geven aan herstel bij een ernstige psychische kwetsbaarheid, kan een belangrijke meerwaarde vormen. In het lotgenotencontact ontstaat immers de mogelijkheid om patiënten alsnog in contact te brengen met de eigen krachten ondanks het aanwezige lijden.

Contacten in het kader van een euthanasieverzoek dienen altijd gericht te zijn op de dood (exploratie en evaluatie van het euthanasieverzoek) én op het leven (herstelgericht, ondanks lijden en beperkingen een zinvol leven uitbouwen). Concreet betekent dit tweesporenbeleid onder andere dat er altijd een behandelende psychiater en desgevallend andere behandelaars betrokken blijven tijdens de uitklaring van een euthanasieverzoek. De in het euthanasieverzoek betrokken artsen stellen voorop dat de patiënt zijn of haar hulpverlening verderzet of hervat tijdens de evaluatie van zijn of haar euthanasieverzoek. Ook kan gedacht worden aan toeleiding naar ervaringsdeskundigen in herstel. Voortgezette zorg tijdens de uitklaring van een euthanasieverzoek is belangrijk onder andere om maximaal te voorkomen dat de geraadpleegde artsen in hun evaluatie van het euthanasieverzoek druk ervaren, bijvoorbeeld door suïcidaliteit of crisissituaties. Verder voorkomt dit dat ze zich als geraadpleegde artsen geroepen voelen in een behandelpositie te gaan staan, bv. om crisisinterventies te doen. De geraadpleegde artsen moeten er op kunnen vertrouwen dat dit in de nog lopende begeleiding door de nog actief betrokken hulpverleners wordt opgenomen. Crisissen bij de patiënt wiens euthanasieverzoek geëvalueerd wordt staan een zorgvuldige evaluatie in de weg als de geraadpleegde arts geen beroep kan doen op nog actief betrokken hulpverleners. **Zorgvuldigheid is slechts mogelijk als er naast de geraadpleegde artsen nog een behandelend psychiater is en idealiter andere actief betrokken hulpverleners.**

De term 'tweesporenbeleid' impliceert geenszins een strikte scheiding, ontkoppeling of opdeling: alle betrokken artsen en desgevallend andere hulpverleners hebben aandacht voor behandeling, herstel, doodswens én euthanasieverzoek. Het zwaartepunt verschilt wel bij de verschillende betrokkenen. Meer nog dan een concrete werkwijze is het

tweesporenbeleid dus een grondhouding waarbij men bij elk euthanasieverzoek gericht blijft op de dood én op het leven.

Minstens drie artsen zijn bij de uitklaring van een euthanasieverzoek betrokken. In de logica van de wet spreekt een patiënt normaal gezien zijn behandelend arts aan met zijn/haar vraag naar euthanasie. Deze arts evalueert of de wettelijke criteria en zorgvuldigheidsvereisten vervuld zijn. De behandelend arts (huisarts of specialist) neemt contact met twee onafhankelijke artsen met de vraag naar advies (de geraadpleegde artsen). In het geval van een psychiatrisch ziektebeeld dienen minimum twee onafhankelijk geraadpleegde artsen advies te geven waarvan er volgens de wet in het geval van een psychiatrische aandoening minsten één arts een psychiater dient te zijn (Wet betreffende de euthanasie Art. 3 §3). De behandelend arts voert desgevallend de euthanasie uit als hij daartoe bereid is. Zo wordt de behandelend arts de uitvoerende arts.

De behandelend arts wordt dus volgens de logica van de wet de uitvoerende arts. In de praktijk loopt het geregeld anders als de behandelende arts(en) principieel niet bereid zijn als uitvoerende arts op te treden, wat uiteraard hun volste recht is. Art. 14 van de wet betreffende de euthanasie stelt dat geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen en geen andere persoon kan worden gedwongen eraan mee te werken. In dat geval treedt vaak volgend alternatief scenario op.

De patiënt zoekt zelf contact of wordt verwezen naar een psychiater voor de exploratie en evaluatie van zijn euthanasieverzoek. Deze psychiater stapt dan in de rol van eerste geraadpleegde arts. Na een exploratie- en evaluatieproces wordt de patiënt verwezen naar een andere psychiater, die dan in de rol stapt van tweede geraadpleegde arts. Als beide uiteindelijk tot een positief advies zouden komen, is er een behandelaar (die al dan niet zelf het advies vroeg), maar is er geen uitvoerend arts. Pas op dat moment wordt dan een andere arts gezocht die bereid is de euthanasie uit te voeren. Deze arts ziet de patiënt dan uiteraard enkele keren op raadpleging, beoordeelt zelf de wettelijke criteria en neemt akte van de 2 adviezen.

De VVP beoordeelt deze werkwijze, waarbij de uitvoerende arts laat in het proces betrokken wordt, als onvoldoende zorgvuldig. Uiteraard moet de arts die advies vraagt de geraadpleegde arts(en) op de hoogte brengen van de consultatie (Wet betreffende de euthanasie Art. 3 §2.3 en §3.1). Voorts stelt de VVP voorop dat er overleg is tussen de betrokken artsen om het standpunt, de houding, het verwachtingspatroon en de rol te kennen van elk van de betrokkenen. Een advies wordt in principe gegeven aan een arts wiens rol duidelijk is voor de patiënt en de geraadpleegde arts. Duidelijkheid over de rolverdeling kan extra lijden bij de patiënt en een rolvermenging bij de arts voorkomen. Men dient verder te voorkomen dat een patiënt over adviezen beschikt maar niet over een behandelaar en/of uitvoerend arts. De VVP stelt daarom voorop de wettelijke volgorde te respecteren waarbij de uitvoerende arts vroeg in het proces betrokken wordt, en waarbij de geraadpleegde artsen in advies gevraagd worden door en verslag uitbrengen aan de uitvoerende arts.

De geringe bereidheid van psychiaters om zelf euthanasie uit te voeren, stuit wel eens op onbegrip van collega's die dan gevraagd worden deze uitvoering op zich te nemen. Een mogelijk alternatief scenario is dat een psychiater ook in de positie van uitvoerend arts

komt te staan, al dan niet technisch bijgestaan door een ter zake ervaren collega (bv. LEIF-arts of palliatief arts).

Welk scenario ook van toepassing is, de volgende wettelijke principes zijn van kracht. Bij de exploratie, evaluatie en uitvoering van een euthanasie(verzoek) in psychiatrie zijn minstens drie artsen en bij voorkeur andere behandelaars of hulpverleners betrokken. De twee geraadpleegde artsen moeten onafhankelijk zijn van de patiënt, van de uitvoerende arts (Art.3 §1.3) en van elkaar. Ze oefenen hun evaluatie onafhankelijk van elkaar uit. Onafhankelijkheid betekent onder andere dat er geen bloed- of aanverwantschap of persoonlijke relatie is. **Verder stelt de VVP voorop dat de geraadpleegde artsen geen langdurige behandelrelatie (gehad) mogen hebben met de patiënt, en dat er geen hiërarchische relatie mag bestaan tussen de verschillende betrokken artsen.**

Gezien de complexiteit van de beoordeling van een euthanasieverzoek in psychiatrie **stelt de VVP als zorgvuldigheidsvereiste voorop dat van de drie betrokken artsen er minstens twee psychiater zijn.** De evaluatie van een euthanasieverzoek in psychiatrie vereist immers onder andere volgende expertise: evaluatie van de wils- of beslissingsbekwaamheid, diagnostische en therapeutische expertise in de psychiatrische aandoening in kwestie met beoordeling van de medische uitzichtloosheid, psychotherapeutische expertise m.b.t. de gelaagdheid, impliciete betekenissen en dynamieken (overdracht en tegenoverdracht) i.v.m. de doodswens en het euthanasieverzoek.

Omwille van de complexiteit van de evaluatie van een euthanasieverzoek in psychiatrie is dit nooit een momentopname maar **een proces waarin voldoende tijd wordt genomen met veelvuldige contacten.** De wettelijke minimumtermijn tussen het euthanasieverzoek en de eventuele uitvoering van de euthanasie is een maand in een niet-terminale fase van de aandoening. **In de context van een euthanasieverzoek voor een psychiatrische aandoening is deze termijn veel langer,** wat zal blijken uit de uit te werken zorgvuldigheidsvereisten die verder worden besproken in deze adviestekst.

Ook stelt de VVP voorop dat het feit dat een patiënt een euthanasieverzoek heeft geformuleerd op zich nooit reden mag zijn om hem of haar bepaalde zorg of behandeling te ontzeggen, of hem of haar te weigeren voor bepaalde therapieprogramma's. Soms wordt aangehaald dat patiënten met een euthanasieverzoek niet aan een bepaald therapeutisch programma mogen deelnemen omdat ze niet voor het leven kiezen of omdat ze een negatief effect zouden hebben op medepatiënten. Dit lijkt ons een miskenning van de complexiteit, gelaagdheid en vaak ook ambivalentie van een euthanasieverzoek. Naar analogie met suïcidale patiënten kan natuurlijk wel aan patiënten een duidelijk therapeutische engagement gevraagd worden.

Als een arts weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet deze arts dit aan de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten, waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht (Art. 14 van de wet betreffende de euthanasie). Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend. De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.

1.3. De taken van de betrokken psychiaters

De arts die euthanasie toepast (uitvoerende arts), moet enkele wettelijk voorziene stappen zetten ([Artikel 3](#)). Hieronder een overzicht van die stappen.

- “Zich ervan verzekeren dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk.”
- “Zich ervan verzekeren 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 het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.”
- “De patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting en met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden bespreken, evenals die van de palliatieve zorg, en gevolgen.”
- “Indien er een verplegend (multidisciplinair) team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt bespreken met het team of leden van dat team.”
- “Indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst.”
- “Zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.”
- “Nagaan of er een schriftelijk verzoek is: het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld.”
- Het verzoek moet minimaal de adviestekst ‘ik wil euthanasie’, de datum van het verzoek, de naam en de handtekening van de verzoeker bevatten, en indien mogelijk ook de motivering van het verzoek.
- “Wanneer de patiënt niet kan schrijven, kan een derde die geen erfgenaam is het voor hem neerschrijven. Dit dient dan te gebeuren in aanwezigheid van een arts. De redenen waarom de patiënt het niet zelf kan schrijven, de naam van de schrijver en de naam van de arts die bij het optekenen aanwezig was, moet ook worden genoteerd.”
- Aangezien het hier over niet-terminale situaties gaat: “minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.”
- “Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.”

De opdracht van de eerste geraadpleegde arts is wettelijk als volgt omschreven: (letterlijk uit [artikel 3](#))

- “De ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening evalueren.”
- “Zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden.”

De opdracht van de tweede geraadpleegde arts is wettelijk als volgt omschreven: (letterlijk uit [artikel 3](#))

- “Zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden.”
- “Zich vergewissen van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek.”

De VVP stelt als zorgvuldigheidsvereiste voorop dat de drie betrokken artsen zich elk ten gronde uitspreken over alle wettelijke criteria en zorgvuldigheidsvereisten (en niet alleen over de wettelijk voorziene taken per arts zoals hierboven geschetst), na meerdere gesprekken die over een redelijke periode worden gespreid:

- De ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening evalueren.
- Evalueren of de toestand medisch uitzichtloos is (geen redelijk behandelperspectief meer).
- Evalueren of het lijden aanhoudend en ondraaglijk is en niet gelenigd kan worden.
- Het evalueren van de wils- of beslissingsbekwaamheid.
- Evalueren of het verzoek vrijwillig, duurzaam en herhaald is.
- Evalueren of het verzoek niet tot stand gekomen is als gevolg van externe druk.

Eén van de twee betrokken psychiaters (uitvoerende arts of eerste geraadpleegde arts) doorloopt met de patiënt een evaluatieproces dat veelvuldige contacten vraagt, gespreid over een voldoende lange periode. Daarin evalueert deze psychiater niet alleen de wettelijke criteria en zorgvuldigheidsvereisten, maar exploreert hij of zij ook uitvoerig het euthanasieverzoek: de betekenislagen, *face value* van het verzoek maar ook de vragen achter de vraag, de impliciete boodschappen of betekenissen, onderliggende dynamieken (bv. overdracht en tegenoverdracht),... Hij of zij betreft daarbij familie en belangrijke derden.

In een dergelijk proces ontstaat een vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de psychiater. Dit kan zo door vertekeningen en (tegen)overdracht de onafhankelijke, meer objectieve evaluatieve positie van deze psychiater bemoeilijken. **Daarom is de betrokkenheid van minstens een tweede psychiater essentieel, die dan de wettelijke rol opneemt van een van de geraadpleegde artsen. Deze tweede psychiater staat dan in een strikter evaluatieve positie en ziet de patiënt slechts enkele keren, waarbij beknopter en zo objectief mogelijk getoetst wordt of het euthanasieverzoek beantwoordt aan de wettelijke criteria en zorgvuldigheidsvereisten, en of er geen herstelkansen meer zijn (m.a.w. dat het lijden niet gelenigd kan worden). Indien nodig kan natuurlijk steeds bijkomend advies worden ingewonnen** (bv. een second opinion van een specialist in de aandoening in kwestie om de medische uitzichtloosheid mee te beoordelen; of van een specialist in de beoordeling van wilsbekwaamheid; of psychodiagnostiek; psychotherapeutisch advies; enzovoort...).

Beide geraadpleegde artsen nemen inzage van het medisch dossier, onderzoeken de patiënt en stellen een verslag op van hun bevindingen. Ze rapporteren uitgebreid en zorgvuldig aan de uitvoerende arts met een onderbouwd en gemotiveerd advies. Ze voeren ook een of meerdere gesprekken met de (eerdere en/of actuele) behandelend arts(en) en andere hulpverleners en zien de patiënt alleen (gesprek onder vier ogen) en desgevallend ook samen met zijn familie.

Bovenstaande elementen vergen een nauwgezette reconstructie van de voorgeschiedenis, het ziekteverloop en het reeds doorlopen behandeltraject. Het opvragen en verzamelen van deze informatie is een grote opdracht. Medewerking van collega's (huidige en eerdere behandelaars) om deze informatie op een heldere en volledige manier te bezorgen is cruciaal om een zorgvuldige evaluatie te kunnen uitvoeren. Het opvragen van de medische informatie kan door de arts gebeuren of door de patiënt zelf, verwijzend naar Art. 9 van de wet betreffende de rechten van de patiënten van 22 augustus 2002. Volgens dit artikel heeft elke patiënt recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier met mogelijkheid tot inzage of afschrift.

Indien een arts de informatie opvraagt is een gehandtekening vereist. De andere artsen en hulpverleners werken door volledige informatie te bezorgen mee aan een zorgvuldige evaluatie van het euthanasieverzoek en niet aan een eventuele euthanasie.

Een zorgvuldige evaluatie vergt uitgebreide en gedetailleerde informatie: bv aard, duur en frequentie van ambulante en residentiële psychotherapeutische behandelingen, opnames, aard, dosissen, duur, effecten en nevenwerkingen van inname van medicatie, technische behandelingen, arbeidszorg, aangepaste woonvormen, vermaatschappelijkte zorg,...

Naast het verzamelen van deze informatie is overleg met huidige en vorige belangrijke behandelaars over het euthanasieverzoek en de zorgvuldigheidsvereisten essentieel. Overleg geeft vaak meer context dan verslaggeving en biedt de kans tot gezamenlijke reflectie. Behandelaars contacteren gebeurt in overleg met de patiënt. Als de patiënt echter geen toestemming geeft om informatie op te vragen of contact te nemen, kan de uitvoerende of geraadpleegde arts besluiten dat hij zijn taak niet naar behoren kan vervullen en de evaluatie niet kan uitvoeren.

Daarnaast zullen alle betrokken artsen maar in de eerste plaats de behandelaars aandacht hebben voor volgende zaken:

- Stimuleren en ondersteunen van het proces bij de patiënt om andere mogelijkheden dan de dood te overwegen – elke kans tot herstel en verandering grijpen - exploratie van mogelijke interventies om het lijden te verlichten binnen een herstelgerichte benadering. Het betrekken van familie of belangrijke derden kan hierbij belangrijk zijn.
- Begeleiding van de patiënt en zijn naasten (ook als het uiteindelijk tot euthanasie zou komen): voorbereidingen, afscheid,...

Strikt juridisch gezien moeten de adviezen van de geraadpleegde artsen niet positief zijn om tot euthanasie over te gaan. **De VVP stelt als zorgvuldigheidsvereiste dat er twee positieve adviezen moeten zijn en dat eventuele negatieve adviezen mee in overweging worden genomen.**

Samenvattend stelt de VVP als zorgvuldigheidsvereiste voorop dat er bij de uitklaring van een euthanasieverzoek in psychiatrie een behandelende arts (en desgevallend ook andere behandelaars) moet zijn, een uitvoerende arts (die de behandelende arts kan zijn), en twee onafhankelijke geraadpleegde artsen. Van de drie in het euthanasieverzoek betrokken artsen (uitvoerende arts en de twee geraadpleegde artsen) moeten er minstens twee psychiater zijn. Minstens één van deze betrokken psychiaters doorloopt een langdurig en diepgaand evaluatieproces met de patiënt, met verschillende contacten en een brede exploratie. De andere betrokken psychiater (een van de geraadpleegde artsen) kan een beperkter aantal contacten hebben, waarin een strikter evaluatieve positie wordt ingenomen om de wettelijke criteria te toetsen. Zo ontstaat een complementariteit tussen aan de ene kant een diepgaande evaluatie en exploratie, waarin echter een vertrouwensband (maar geen behandelpositie) ontstaat die de beoordeling mogelijk minder objectief maakt (bv. tegenoverdracht), en aan de andere kant een striktere evaluatie van de wettelijke criteria waarin echter minder ruimte is voor vertrouwensgroei en de diepgang (exploreren van betekenislagen, ambivalentie,...) die daarmee gepaard gaat.

De geraadpleegde artsen worden volgens de wet dus geraadpleegd door de uitvoerende arts en rapporteren aan hem of haar. Dat betekent dat een geraadpleegde arts maar aan zijn evaluatieproces kan beginnen als er een uitvoerende arts is die hen raadpleegt. Als geraadpleegde arts werken met zelfverwijzingen door patiënten is geen zorgvuldige manier van handelen omdat ze het risico inhouden van 'shoppen om adviezen'. Voorts stelt de VVP als zorgvuldigheidsvereiste voorop dat elk van de betrokken artsen (de uitvoerende en de twee geraadpleegde) een volledige evaluatie uitvoert van alle wettelijke criteria, en niet alleen van diegene die strikt genomen voor de eerste en tweede geraadpleegde artsen voorzien zijn. De twee geraadpleegde artsen rapporteren hierover uitgebreid en zorgvuldig met een onderbouwd en gemotiveerd advies gericht aan de uitvoerende arts en desgevallend aan de andere betrokken hulpverleners. Conform de wet op patiëntenrechten heeft de patiënt uiteraard wel recht op inzage en afschrift van dit verslag of advies dat gericht is aan de uitvoerende arts. Er moeten twee positieve adviezen zijn en eventuele negatieve adviezen worden mee in overweging genomen.

2. De evaluatie van de medisch uitzichtloze toestand

De basis van de euthanasiewet is 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 het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening" (Wet betreffende de euthanasie. Art. 3, § 1).

Medisch uitzichtloos betekent dus dat de aandoening niet alleen ernstig en ongeneeslijk is, maar ook dat het aanhoudend en ondraaglijk lijden niet gelenigd kan worden. **Met medische uitzichtloosheid wordt dus niet de subjectieve beleving door de patiënt van uitzichtloosheid bedoeld, maar het ontbreken van behandelmogelijkheden en**

mogelijkheden om het lijden te verlichten vanuit een meer objectief medisch-psychiatrisch perspectief.

We citeren de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) i.v.m. de medisch uitzichtloze toestand:

Lijden is uitzichtloos wanneer er geen uitzicht bestaat op verlichten, verzachten of wegnemen ervan. Met andere woorden: wanneer er geen behandelperspectief meer is. Bij bepaalde vormen van somatisch lijden, bijvoorbeeld een irreversibele dwarslaesie, staat de onbehandelbaarheid van de aandoening met zekerheid vast. Bij veel, zo niet alle psychiatrische stoornissen is het onmogelijk om met absolute zekerheid het verdere beloop te voorspellen. Het is, in elk geval theoretisch, altijd mogelijk dat na jaren nog spontaan herstel optreedt. Bovendien zijn er, als de meest voor de hand liggende behandelingen zijn geprobeerd, vaak in theorie nog wel diverse alternatieve behandelingen mogelijk. Absolute onbehandelbaarheid bestaat in de psychiatrie dus vrijwel niet, behalve als de psychiatrische stoornis berust op bijvoorbeeld een aantoonbaar irreversibele hersenbeschadiging. Om deze reden acht de commissie het van belang om van onbehandelbaarheid te spreken indien er geen redelijk behandelperspectief meer bestaat [zie redelijk behandelperspectief]. Bij een beoordeling van het levensperspectief van een patiënt die zijn situatie als uitzichtloos ervaart, spelen andere dan medische overwegingen een rol. Aanwezigheid van een levensperspectief is immers nauw verbonden met zaken die de betrokkene zelf als waardevol, zinvol en nastrevenswaardig beschouwt. In die zin is de ervaring van uitzichtloosheid sterk persoonsgebonden en individueel. De hulpverlener zal het geheel van waarden, normen en levensdoelen van de patiënt mede als uitgangspunt moeten nemen bij de beoordeling of zijn lijden uitzichtloos is.

Uit dit citaat blijkt dat de NVvP de medische uitzichtloosheid operationaliseert als de zorgvuldigheidsvereiste dat er geen redelijk behandelperspectief meer is (of dat men over geen redelijke andere oplossing beschikt). Dit is in de eerste plaats een medische inschatting, waarbij uiteraard wel rekening wordt gehouden met waarden en ervaringen van de patiënt. Maar het zwaartepunt ligt bij een medisch-psychiatrische evaluatie, terwijl voor de beoordeling van het ondraaglijk en aanhoudend karakter van het lijden, het zwaartepunt bij de patiënt ligt, aangevuld met een beoordeling door de arts (invoelbaar lijden, mentaal onderzoek,...). **De VVP volgt de NVvP dat vanuit medisch-psychiatrisch perspectief moet aangetoond worden dat er geen redelijke behandelopties of redelijk behandelperspectief meer is. De VVP volgt de manier waarop dit redelijk behandelperspectief door de NVvP omschreven wordt.**

Aan een redelijk behandelperspectief stelt de commissie drie eisen. Naar huidig medisch inzicht is er:

- a. zicht op verbetering bij adequate behandeling;*
- b. binnen een overzienbare termijn;*
- c. en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt.*

a. Zicht op verbetering bij adequate behandeling:

(...) Wat de hulpverlener ziet als verbetering, hoeft dit niet vanzelfsprekend te zijn voor de hulpvrager. Wanneer kan een psychiater stellen dat de behandel mogelijkheden zijn uitgeput? **Uitgangspunt is dat alle volgens medisch-wetenschappelijk inzicht bij deze patiënt in aanmerking komende behandel mogelijkheden zijn toegepast en ineffectief zijn gebleken.** Het valt buiten het bestek van dit document om voor alle stoornissen aan te geven wat de regulier toegepaste behandelingen zijn. Wel volgen hier enkele algemene richtlijnen die de psychiater bij zijn beoordeling kan betrekken. **Een patiënt kan volgens de commissie pas als onbehandelbaar worden beschouwd als de volgende interventies zijn uitgeprobeerd:**

- **alle geïndiceerde reguliere biologische behandelingen;**
- **alle geïndiceerde psychotherapeutische behandelingen;**
- **sociale interventies die het lijden draaglijker kunnen maken.**

De behandelaar dient hierbij in elk geval uit te gaan van de richtlijnen en consensusdocumenten die de beroepsvereniging heeft vastgesteld. De behandelingen zelf moeten binnen de state of the art vallen. Bij een patiënt met een depressieve stoornis bijvoorbeeld zal de biologische behandeling in elk geval moeten hebben omvat: een modern antidepressivum, een tricyclisch antidepressivum met controle van bloedspiegels, een augmentatiestrategie zoals met lithium, een klassieke monoamineoxidaseremmer en elektroconvulsietherapie. De psychiater zal ook moeten nagaan of er aanleiding is om nog enkele andere minder reguliere maar wel in richtlijnen genoemde alternatieven te proberen, met name andere augmentatiestrategieën. Verder zal hij bij een depressieve patiënt moeten nagaan of reguliere vormen van psychotherapie, zoals interpersoonlijke therapie, cognitieve (gedrags)therapie of, indien geïndiceerd, andere therapievormen, zijn toegepast door een gekwalificeerde therapeut.

Deze richtlijn gaat uit van de state of the art tijdens het opstellen van dit document. Bij alle stoornissen moet rekening gehouden worden met placebo-effecten. Daaronder vallen ook specifieke factoren, zoals de kwaliteit van de therapeutische relatie, invloeden vanuit de omgeving van de patiënt en de setting waarin hij verblijft. Een overplaatsing naar een andere setting zou van invloed kunnen zijn op de behandelrelatie, de motivatie, de stoornis en de gevolgen daarvan, en daarmee op het doodsverlangen. Ten slotte moet men zich altijd afvragen of er een gereede kans is op een spontaan herstel van de stoornis.

Er bestaat dus nog een redelijk behandel perspectief als het redelijkerwijs aannemelijk is dat de situatie van de hulpvrager zich door gerichte interventies of spontaan ten goede kan keren. De psychiater hoeft geen rekening te houden met de uitsluitend theoretische mogelijkheid dat er in de toekomst een effectieve therapeutische interventie beschikbaar kan komen. Hij mag concluderen dat er geen zicht op verbetering is indien kansrijk geachte interventiemogelijkheden die meerwaarde zouden kunnen hebben, zijn uitgeput op het tijdstip dat hij moet beslissen of hij euthanasie zal verlenen.

Om vast te kunnen stellen of er nog een behandelperspectief bestaat, moeten de hulpverleningsgeschiedenis en de actuele situatie nauwkeurig worden onderzocht. Daarbij zijn de volgende vragen van belang.

- *Welke biologische en psychologische behandelingen en sociale interventies zijn toegepast?*
- *Zijn deze behandelingen voltooid of mogelijk voortijdig afgebroken?*
- *Zijn deze behandelingen toegepast volgens de state of the art?*
- *Welke resultaten hebben deze behandelingen gehad?*
- *Zijn er omstandigheden geweest waardoor de behandelingen niet zijn aangeslagen?*

b: Overzienbare termijn

Als er volgens de laatste medische opvattingen wel zicht op verbetering is, maar niet binnen een overzienbare termijn, bestaat er geen redelijk behandelperspectief. Wat een overzienbare termijn is, kan niet los van de individuele situatie en voorgeschiedenis van de hulpvrager worden beoordeeld. De commissie vindt dat het niet mogelijk is in kwantitatieve zin aan te geven wat een 'overzienbare termijn' is, maar meent dat hierbij onder meer de volgende aandachtspunten van belang zijn:

- *De duur en omvang van de voorafgaande hulpverlening;*
- *de duur van de voorgestelde behandeling (een termijn waarin een volledig psycho-farmacologisch protocol en een klachtgerichte psychotherapeutische behandeling uitgevoerd kunnen worden, vindt de commissie in elk geval overzienbaar);*
- *de leeftijd van de patiënt;*
- *de verhouding tussen de kans op verbetering en de belasting voor de patiënt.*

c: Verhouding tussen resultaten en belasting

Bij een redelijk behandelperspectief staat de belasting van de beschikbare behandeling die binnen overzienbare termijn zicht op verbetering geeft in een redelijke verhouding tot de te verwachten resultaten. Wat een redelijke verhouding is, is moeilijk objectiveerbaar. Dat moet worden beoordeeld in het licht van elke afzonderlijke situatie. De commissie meent wel dat er enkele aandachtspunten zijn die de objectiveerbaarheid kunnen vergroten, namelijk:

- *de aard en omvang van de verbetering en de kans dat deze verbetering zal optreden;*
- *de aard en ernst van de risico's en bijwerkingen van de behandeling en de kans dat zij zich zullen voordoen;*
- *de belasting voor de patiënt."*

Wat als een patiënt een redelijk behandelperspectief weigert? Kan er sprake zijn van medische uitzichtloosheid als een redelijk behandelperspectief (bv. ECT bij therapieresistente depressie) geweigerd wordt door de patiënt? **In lijn met de Nederlandse richtlijn stelt de VVP voorop dat elke patiënt het recht heeft een redelijk behandelperspectief te weigeren. Het gevolg daarvan is wel dat in principe**

niet kan worden aangetoond dat de criteria ‘medische uitzichtloosheid’, ‘onbehandelbaarheid’ en ‘onlenigbaarheid van het lijden’ vervuld zijn, zodat euthanasie niet mogelijk is:

“Instemming met behandeling”

Wil een behandeling effectief zijn, dan is het uiteraard noodzakelijk dat de patiënt instemt met de behandeling: hij moet bereid zijn de medicatie in te nemen, aan de psychotherapie deel te nemen en eventuele andere interventies te ondergaan. Dilemma’s kunnen ontstaan wanneer de patiënt de voorgestelde behandeling weigert. Naar het oordeel van de Hoge Raad uit 1994 (...), kan van uitzichtloosheid in beginsel geen sprake zijn als een redelijk alternatief om het lijden te verlichten door de hulpvrager in volle vrijheid wordt afgewezen. Deze uitspraak behoeft echter nuancering. Bepaalde behandelingen mogen naar de mening van de commissie nooit geweigerd worden. Dat geldt in ieder geval voor biologisch-psychiatrische behandelingen in alle geïndiceerde gevallen, vanwege het betrekkelijk snel te verwachten effect en de zelden ernstige bijwerkingen. De psychiater zal zich echter moeten afvragen hoe andere, meer ingrijpende behandelingen die hij voorstelt, het lijden van de patiënt zouden kunnen beïnvloeden.

Uiteraard gaat het daarbij om een inschatting van kansen, mogelijkheden en waarschijnlijkheden, en niet om zekerheden. De volgende vraag is dan: zal de patiënt de eventuele verbetering zelf als waardevol ervaren? Daarbij spelen zijn waarden, normen en levensdoelen een rol [zie ook paragraaf over uitzichtloos lijden]. Als de psychiater redelijkerwijs kan aannemen dat de patiënt zijn lijden ook dan nog als ondraaglijk zal blijven ervaren dan wordt de behandelweigering aanvaardbaar. In een dergelijk geval hoeft de weigering euthanasie niet uit te sluiten. Als de psychiater verwacht dat de patiënt het resultaat van de behandeling wel als waardevol zal beleven, is het verlenen van euthanasie echter onaanvaardbaar.

Bij de beoordeling van een behandelweigering moeten de aandachtspunten voor het uitzichtloze lijden en het redelijke behandelperspectief [paragrafen over uitzichtloos lijden en redelijk behandelperspectief] betrokken worden. In een individueel geval kan de psychiater daarbij tot de conclusie komen dat de verhouding tussen belasting en te verwachten resultaten van de voorgestelde behandeling niet redelijk is.

Een voorbeeld is een ernstig getraumatiseerde, snel desintegrerende patiënt die al vele malen opgenomen is geweest, inmiddels psychofarmacologisch resistent is gebleken en ook meermalen psychotherapeutisch is behandeld, en nu een nieuwe langdurige klinische behandeling in een topreferentiekliniek weigert. Als de reeds toegepaste behandelingen volgens de state of the art zijn uitgevoerd, hoeft de behandelweigering euthanasie niet in de weg te staan.”

Samenvattend treedt de VVP de Nederlandse richtlijn bij. Om de medische uitzichtloosheid in te schatten, moet men nagaan of men geen enkel redelijk behandelperspectief of herstelgerichte zorg of interventie kan aanbieden. Dit dient concreet te worden gemaakt door de reeds gevolgde behandelingen te toetsen aan de specifieke *evidence-based* behandelrichtlijnen voor deze aandoening. Van medische uitzichtloosheid kan in principe geen sprake zijn als de patiënt een redelijk behandelperspectief weigert. We merken echter op dat deze benadering van de medische

uitzichtloosheid sterk vertrekt vanuit het klassieke medische perspectief. De wetgeving is inderdaad ingeschreven in het medisch model, dat weliswaar biopsychosociaal is. Lijden heeft echter ook met zingeving te maken. Het medisch model is bovendien in volle evolutie, met meer en meer nadruk op de herstelvisie, die zeker in geestelijke gezondheidszorg de hervormingen in de zorg in belangrijke mate stuurt. In een herstelvisie ligt de nadruk op persoonlijk herstel eerder dan klinisch herstel: streven naar een zinvol en kwaliteitsvol leven ondanks of met de beperkingen en het ernstig lijden door de aandoening. De patiënt wordt daarbij gestimuleerd opnieuw zelf de regie in handen te nemen en na te denken over wat hij of zij daarvoor nodig heeft. Een dergelijke herstelgerichte benadering kan ook patiënten met slechte ervaringen binnen de geestelijke gezondheidszorg – ervaringen die soms zelfs bijdragen tot het lijden - alsnog motiveren voor nieuwe herstelgerichte behandelingen, interventies of veranderingen in hun leven.

Soms wordt een nieuwe diagnose (bv. autismespectrumstoornis, persoonlijkheidsstoornis,...) die gesteld wordt in de loop van het evaluatieproces als een bijkomend argument gezien voor de ernst en de medische uitzichtloosheid. **De VVP volgt dit niet en stelt als zorgvuldigheidsvereiste voorop dat een nieuwe diagnose een nieuw startpunt vormt van een mogelijke behandeling en vermindering van het lijden. Deze nieuw gediagnosticeerde comorbiditeit dient dan logischerwijs met de gepaste expertise behandeld te worden, conform de bestaande richtlijnen voor deze pathologie. Pas als de patiënt ruim de tijd heeft gekregen om deze nieuwe diagnose te verwerken en te plaatsen, en als alle behandelingen, inclusief psycho-educatie, vaardigheidstrainingen,... uitgeput zijn, kan er van medische uitzichtloosheid sprake zijn.**

3. Evaluatie van het aanhoudend en ondraaglijk karakter van het fysiek of psychisch lijden

De Nederlandse richtlijn formuleert de zorgvuldigheidsvereiste over het ondraaglijk en uitzichtloos lijden als volgt:

“Uitzichtloosheid en het ondraaglijke karakter van het lijden hangen veelal sterk met elkaar samen. De psychiater zal beide aspecten apart en tezamen moeten beoordelen en wegen. Bij de taxatie door de psychiater van de uitzichtloosheid van het lijden speelt het professionele oordeel over het nog aanwezige behandel- en zorgperspectief voor de patiënt een belangrijke rol. Bij de taxatie van het ondraaglijke karakter van het lijden staat de subjectieve ervaring van de patiënt meer op de voorgrond.

Ondraaglijk lijden

Lijden is altijd subjectief en kan voor een ander nooit volledig invoelbaar zijn. Een zekere mate van subjectiviteit is bij het beoordelen van het lijden van de patiënt dan ook onvermijdelijk. Patiënten verschillen in pijndrempel en emotionele draagkracht. Toch moet de ondraaglijkheid van het lijden voor de psychiater ten minste invoelbaar zijn. Daarbij kan hij zijn kennis over de persoonlijkheid, de biografie en de psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt laten meewegen. De beoordeling van

het lijden van de patiënt heeft dus belangrijke professionele en objectieveerbare elementen. De mate waarin de psychiater het lijden van de patiënt kan invoelen, is mede afhankelijk van de aard van het lijden en van de duur en het karakter van de therapeutische relatie.

De psychiater zal in elk geval kennis moeten nemen van velerlei aspecten van het lijden en van de factoren die het al dan niet draaglijk maken. Daarbij gaat het behalve om de subjectieve beleving van de patiënt om de verhouding tussen draaglast en draagkracht. Tegenover de draagkracht van de patiënt en zijn sociale omgeving moet de draaglast geplaatst worden die het gevolg is van de symptomen, beperkingen, invaliditeit en bijkomende tegenslagen. Verder dient altijd het ontstaan en het beloop van het lijden onderzocht te worden, in samenhang met somatische, psychologische of sociale factoren die de stoornis hebben uitgelokt of onderhouden.

Ook al is het door de patiënt als ondraaglijk ervaren lijden persoonlijk en subjectief, toch zal de psychiater zich er een eigen oordeel over willen en moeten vormen. Dit oordeel kan onderbouwd worden door, met toestemming van de patiënt, bij anderen te informeren naar hun indruk van het lijden van de patiënt.

Ondraaglijkheid van lijden wordt in belangrijke mate bepaald door de duurzaamheid ervan. Dit maakt een herhaalde evaluatie noodzakelijk. Duurzaamheid hoeft echter niet te betekenen dat de stoornis continu is. De mate waarin de patiënt het lijden als ondraaglijk ervaart, kan fluctueren. Veel chronische psychiatrische aandoeningen hebben een wisselend beloop. Het lijden kan mede als ondraaglijk worden beleefd door het vooruitzicht op een zoveelste recidief van een ernstige psychose of depressie. Een verzoek om euthanasie moet dan met de patiënt besproken en beoordeeld worden in een periode dat de patiënt beter functioneert.”

De VVP onderschrijft de Nederlandse richtlijn en voegt er aan toe dat het intersubjectief karakter van het ondraaglijk lijden kan worden geëvalueerd met behulp van herhaalde gesprekken, een grondige observatie en onderzoek van de patiënt. Bij het opstellen van het medisch-psychiatrisch dossier dient er een bijzondere aandacht te zijn voor de voorgeschiedenis en de levenscontext.

4. Evaluatie van het herhaalde, vrijwillig en overwogen karakter van een euthanasieverzoek

Deze zorgvuldigheidsvereiste vinden we terug in Artikel 3, § 1 van de wet betreffende de euthanasie. De Nederlandse richtlijn formuleert de zorgvuldigheidsvereiste over het vrijwillig en het weloverwogen verzoek als volgt:

Vrijwillig verzoek

De eis van vrijwilligheid houdt in dat de psychiater zich ervan dient te vergewissen dat het verzoek onafhankelijk van dwingende invloeden door anderen tot stand is gekomen. Psychiatrische patiënten zijn door hun psychologische kwetsbaarheid en sociale beperkingen vaak afhankelijk van anderen. Zij kunnen zich, bijvoorbeeld als gevolg van meer of minder verholen signalen uit hun omgeving of uit een gevoel van schuld of last, gedwongen voelen om hun omgeving tegemoet te komen of te ontlasten

door uit het leven te stappen. Het exploreren van zulke subjectief beleefde of eventueel zelfs werkelijke bestaande pressie vanuit de omgeving moet onderdeel zijn van de beoordeling of een vraag om euthanasie vrijwillig is.

De psychiater moet antwoorden zien te krijgen op vragen als: ervaart de patiënt zichzelf als een last voor de omgeving, zo ja waarom, en welke signalen ontvangt hij hiervoor? Zijn er alternatieve vormen van samenleving of ondersteuning mogelijk, waardoor hij aan die dwingende invloeden kan ontsnappen? Verandering van situatie kan overigens ook effect hebben op de mate waarin het lijden als ondraaglijk en uitzichtloos wordt ervaren. Het vereiste van vrijwilligheid betekent niet dat de patiënt zijn besluit in alle gevallen volledig vrij van dwingende invloeden dient te nemen. Er zijn situaties denkbaar waarin de patiënt zulke ernstige, niet te beïnvloeden gedragsstoornissen vertoont, dat het niet te voorkomen is dat zijn omgeving hem als een last ervaart. Als de patiënt dit zelf beseft, kan dit besef in belangrijke mate bijdragen aan de ondraaglijkheid van zijn lijden. Een dergelijke vorm van verminderde vrijwilligheid hoeft geen reden te zijn om zijn verzoek om euthanasie bij voorbaat af te wijzen.

Weloverwogen verzoek

Euthanasie kan alleen aan de orde zijn nadat de psychiater er volledig van overtuigd is geraakt dat de patiënt werkelijk dood wil. Dat is een beoordelingsproces dat het uiterste vergt van de psychiater. Hij moet beoordelen of de vraag weloverwogen is. Het vermogen van de patiënt om een weloverwogen besluit te nemen, dat wil zeggen zijn wilsbekwaamheid, speelt daarbij een grote rol. De maatstaf voor wilsbekwaamheid dient hoog te zijn. Behalve de in [bovenstaande paragraaf] genoemde dwingende invloeden van buitenaf kunnen er immers ook dwingende invloeden van binnenuit werken, die pathologisch van aard zijn. Van zelfbeschikking is in principe alleen sprake als de patiënt vrij is van beide. 'In principe': in de werkelijkheid zijn er situaties denkbaar waarin de patiënt niet optimaal wilsbekwaam is, maar de psychiater toch overtuigd raakt van de ernst van de doodswens [...]. Richtlijn blijft de vraag of de patiënt in voldoende mate en gedurende een langere tijd alle relevante feiten en omstandigheden heeft meegewogen.

Welke criteria kan de psychiater hanteren om vast te stellen of een keuze voor de dood weloverwogen is? In ieder geval zal hij het volgende moeten vaststellen.

- a. De patiënt kiest duidelijk voor de dood.*
- b. Hij heeft een afweging gemaakt tussen enerzijds de keuze voor verder leven, eventueel met de blijvende beperkingen als gevolg van zijn psychiatrische stoornis, en anderzijds de keuze voor euthanasie, en hij moet deze keuze voor de dood binnen zijn intellectuele mogelijkheden kunnen beargumenteren.*
- c. Er is sprake van een duurzaam verlangen naar de dood.*

Alleen als voldaan is aan al deze drie criteria, kan de psychiater concluderen dat de patiënt een weloverwogen besluit tot euthanasie heeft genomen.

a: Een duidelijke keuze voor de dood

Bij een weloverwogen keuze voor de dood zal de patiënt altijd zijn lijden afgezet hebben tegenover die aspecten van zijn leven die hij nog als waardevol ervaart. Ook als hij duidelijk kiest voor de dood, zal hij vaak, zo niet altijd, enige ambivalentie in denken en voelen behouden. In principe impliceert dit geen onbekwaamheid van besluitvorming. Het kan betekenen dat de patiënt in staat is ook andere kanten van zijn leven en levensperspectief te ervaren en mee te wegen. Verder zal hij ook bij een weloverwogen keuze voor de dood nog vaak tot het laatst toe een angst voor de dood moeten overwinnen.

(...)

b: Het afwegingsproces

Een noodzakelijke voorwaarde voor een goede afweging is dat de patiënt uitvoerig geïnformeerd is over zijn situatie en vooruitzichten [zie ook ad c] en dat hij deze informatie begrijpt. Voor een adequate afweging tussen dood en leven is het bovendien noodzakelijk dat de patiënt over voldoende ziektebesef en zelfkennis beschikt. Ziektebesef kan gedefinieerd worden als: het zich bewust zijn van de symptomen en de consequenties van de ziekte. Beseft de patiënt welke functiestoornissen hij heeft en begrijpt hij op welke wijze zij zijn gedrag en zijn situatie beïnvloeden? Begrijpt hij de informatie die de behandelaar hierover geeft en betreft hij die op de juiste wijze op zijn eigen situatie?

Bij depressieve stoornissen kan een patiënt zijn keuze beargumenteren vanuit een sombere, nihilistische kijk op zichzelf, zijn verleden en zijn toekomst, waarbij feiten die een zonniger licht werpen op de toekomst niet doordringen tot het afwegingsproces. De kijk op het leven en de toekomst is dan ziek, terwijl de patiënt de gevolgen van zijn eigen ziekte niet beseft. Ook bij psychosen bestaat er vaak een gestoord ziektebesef doordat het vermogen ontbreekt om de eigen overtuigingen aan de werkelijkheid te toetsen en daarmee als ziekelijk te herkennen. Een verzoek om euthanasie kan dan ingegeven zijn door overtuigingen waarvoor geen grond in de werkelijkheid bestaan.

Een patiënt met ernstige recidiverende psychosen of depressies kan in de tussenliggende goede perioden vaak wel in staat geacht worden om met volledig ziektebesef tot een weloverwogen besluit tot euthanasie te komen. Daarnaast zijn sommige patiënten ook tijdens episoden van psychopathologie in staat om tot een weloverwogen besluit te komen. Bijvoorbeeld een psychotische patiënt met vooral geïsoleerde hallucinaties maar verder geen duidelijke wanen. Of een patiënt met een chronische depressie waarbij naast de sombere stemming psychomotorische remming en een slaapstoornis het ziektebeeld bepalen, maar niet schuld- en nihilistische gedachten.

Zelfkennis kan gedefinieerd worden als: kennis over persoonlijke eigenschappen die van wezenlijke invloed zijn op de kwaliteit van het leven, bijvoorbeeld de neiging om sociale situaties te vermijden of zich afhankelijk te maken van anderen. Zelfkennis impliceert dat men beseft hoe bepaalde karaktertrekken de perceptie van de omgeving en de interactie met anderen beïnvloeden. Bij persoonlijkheidsstoornissen kan de interactie met de hulpverlener in sterke mate beïnvloed worden door pathologische persoonskenmerken waarvan de patiënt zich niet bewust is. Deze kenmerken beïnvloeden soms niet alleen het lijden van de patiënt, maar kunnen ook

op betrekkningsniveau hun invloed doen gelden op de vraag om euthanasie, bijvoorbeeld door een aandrang om vanuit almachtsfantasieën de hulpverlener machteloos te maken en behandeling en levenshulp te ondermijnen. Soms zijn dergelijke persoonlijkheidsstoornissen zo uitgesproken aanwezig, dat er sprake is van een verminderde wilsbekwaamheid.

Ziektebesef en zelfkennis vereisen soms veel intellectueel en psychologisch inzicht van de patiënt. De patiënt en de psychiater moeten zich beiden inspannen voor het bereiken van een inzicht dat zo groot is als men redelijkerwijs mag verwachten op grond van de psychosociale en intellectuele achtergrond van de patiënt. Soms is een optimaal ziektebesef en een zekere mate van zelfkennis essentieel voor het slagen van een behandelplan. Gebrek aan kennis over de ziekte en aan zelfkennis vormen naar de mening van de commissie dan ook een aanleiding voor een langer durend traject van voorlichting en psycho-educatie.

Het is mogelijk dat de psychiater zich niet kan inleven in de keuze van de patiënt voor de dood. Dat mag echter geen rol spelen in zijn beoordeling van de weloverwogenheid van die keuze. De begrippen weloverwogenheid en wilsbekwaamheid verwijzen naar het proces waarin alle relevante informatie wordt overwogen, niet naar een in de ogen van de psychiater juiste keuze. Mensen verschillen nu eenmaal in de keuzen die ze maken. Het gaat om de wijze waarop de patiënt de relevante informatie heeft verwerkt en niet om de vraag of zijn beslissing een 'goede' keuze is.

(...)

c: Duurzaam verlangen naar de dood

Uitgesloten moet worden dat een psychiater ingaat op een verzoek om euthanasie dat in een opwelling gedaan wordt. De ontwikkeling van het verlangen naar de dood is te beschouwen als een proces waarin bepaalde stadia worden doorlopen totdat de dood als enige keuze overblijft. In het beginstadium wordt het beleven doordrongen van het besef dat de toestand ondraaglijk is. Daarna volgt er een meer of minder snelle ontwikkeling tot het gevoel ontstaat dat er iets moet gebeuren, ten slotte uitmondend in het besef dat de dood de enige oplossing is. In dit proces hebben verschillende gebeurtenissen en omstandigheden invloed op de overgang naar een volgend stadium. Door nauwkeurig aandacht te besteden aan de ontwikkelingsgeschiedenis van het doodsverlangen, kan de psychiater zich een beeld verschaffen van de duurzaamheid ervan. Aanvullend kan hij er bij familie en gezinsleden naar informeren [zie ook overleg met naasten].

Hoe lang een doodsverlangen moet bestaan eer het als duurzaam beschouwd mag worden, is niet concreet aan te geven. In elk geval moet een behandelaar ruim de tijd nemen nadat de patiënt hem voor het eerst om euthanasie heeft gevraagd. Naar de mening van de commissie kan pas gesproken worden van een duurzaam doodsverlangen indien de patiënt over een periode van minimaal enkele maanden weloverwogen, meerdere malen en ook tegenover derden zijn verzoek onmiskenbaar heeft geuit."

De VVP volgt deze aanbevelingen uit de Nederlandse richtlijn maar voegt er aan toe dat het wenselijk is ook de naasten van de patiënt te betrekken om door

heteroanamnese en observatie van de interacties te beoordelen of er al dan niet druk wordt uitgeoefend op de patiënt.

Ook stelt de VVP voorop dat door de drie betrokken artsen een zorgvuldige en uitgebreide beoordeling van de wilsbekwaamheid dient te gebeuren die haar weerslag vindt in de verslaggeving. Daarvoor gebruikt men een brede visie op het begrip wils- of beslissingsbekwaamheid in de context van het weloverwogen karakter van het verzoek. De term wils- of beslissingsbekwaamheid verwijst naar de feitelijke bekwaamheid van de patiënt, wat een klinische inschatting is en onderscheiden is van handelingsbekwaamheid als juridisch concept. Is de patiënt in staat tot een redelijke waardering en beoordeling van zijn belangen? Is hij of zij in staat om een overwogen keuze te maken, gebaseerd op begrip van en inzicht in zijn of haar situatie?

De psychiatrische aandoening kan iemands bekwaamheid om bepaalde beslissingen te nemen, verminderen. Zo kan bijvoorbeeld de doodswens een symptoom van de aandoening zijn en geen weloverwogen keuze. Maar een psychiatrische stoornis impliceert niet automatisch dat de patiënt beslissingsonbekwaam is. Voor elke patiënt met een euthanasievraag dient te worden onderzocht in welke mate de aanwezige psychiatrische aandoening een invloed heeft op het vermogen om weloverwogen deze vraag te stellen.

Wils- of beslissingsbekwaamheid is dus een klinische inschatting in relatie tot een specifieke beslissing, keuze of verzoek. Hierbij dient men rekening te houden met de capaciteiten van de betreffende persoon. Ten eerste dient men de cognitieve, de emotionele en de sociale vermogens van de patiënt te evalueren. Ten tweede dient men te onderzoeken of er voldoende zelfkennis en ziekte-inzicht aanwezig is. Ten derde dient men zicht te krijgen op de levensgeschiedenis van de patiënt.

Daarnaast dient men rekening te houden met de complexiteit van de beslissing en de mogelijke consequenties van de beslissing. Bij de vraag naar euthanasie gaat het over de beslissingen inzake leven en dood. Deze inschatting van iemands specifieke wils- of beslissingsbekwaamheid is geen momentopname, maar een proces.

De concepttekst van de nieuwe Nederlandse richtlijn (Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis) is verhelderend voor wat betreft de beoordeling van de wilsbekwaamheid door vier verschillende zienswijzen te onderscheiden, die alle bepaalde aspecten ervan belichten. We nemen de concepttekst over zonder referenties:

Wilsbekwaamheid is afhankelijk van de aard van de beslissing: meer ingrijpende keuzen vereisen een hogere mate van wilsbekwaamheid.

In de literatuur worden verschillende benaderingen van wilsbekwaamheid onderscheiden, met verschillende criteria:

- *In de cognitieve benadering is wilsbekwaamheid afhankelijk van de aanwezigheid van voldoende cognitieve vermogens bij de patiënt. Er worden vier criteria onderscheiden: het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken, het vermogen om informatie te begrijpen, het vermogen om informatie toe te passen op de eigen situatie, en het vermogen tot redeneren.*

Wanneer iemand één van deze vermogens mist of onvoldoende beheerst, is in deze benadering sprake van wilsonbekwaamheid.

- *Een tweede benadering wijst op het belang van een doorleefde keuze, gepaard gaand met passende emoties. Vanuit dit perspectief worden vraagtekens geplaatst bij de wilsbekwaamheid van iemand die een beredeneerde keuze kan maken zonder zich daar emotioneel mee te identificeren.*
- *Een derde benadering wijst erop dat wilsbekwaamheid beperkt kan zijn wanneer iemand zijn keuze baseert op een pathologische waarde, bijvoorbeeld een anorexiapatiënt die slank zijn van meer belang acht dan overleven.*
- *Een vierde benadering gaat uit van praktische rationaliteit, dat wil zeggen het vermogen om belangrijke waarden in het leven gestalte te geven.*

In het geval van een verzoek om actieve levensbeëindiging zal allereerst, in lijn met de cognitieve benadering, gekeken moeten worden naar de cognitieve vermogens van de patiënt. Is de patiënt in staat informatie over zijn vooruitzichten te begrijpen en zijn keuze hierop te baseren? Ook de emoties van de patiënt zijn relevant: is de patiënt in staat tot een doorleefde afweging van de alternatieven? Ten derde dient de patiënt niet te worden gedreven door pathologische waarden, bijvoorbeeld voortkomend uit een depressie (dit verwijst naar de afwezigheid van beïnvloeding van de stoornis op het verzoek, zoals hierboven beschreven onder vrijwilligheid.) Ten vierde dient de patiënt het verzoek te kunnen plaatsen in de context van waarden die in zijn leven van belang zijn. Overigens hoeft dit niet te betekenen dat de patiënt een volledig uitgebalanceerde persoonlijkheid heeft.

De VVP onderschrijft deze werkwijze.

Tot slot voegt de VVP toe dat een duurzaam verzoek niet impliceert dat er geen ambivalentie meer mag zijn in de doodswens en het euthanasieverzoek. Ambivalentie is eerder een normaal gegeven bij dit complex en meerlagig beslissingsproces. Ambivalentie en twijfel kunnen hefbomen zijn om de patiënt terug meer te richten op het leven en op het herstel. Als de doodswens en het euthanasieverzoek, met een afnemende ambivalentie, sterker en duidelijker blijken, dan is het criterium 'duurzaam verzoek' wel vervuld.

5. De patiënt inlichten

Dit komt overeen met art. 3, § 2 van de Belgische euthanasiewet. De Nederlandse richtlijn formuleert volgende zorgvuldigheidsvereiste over voorlichting, situatie en vooruitzichten (p. 36):

“Voor het nemen van een weloverwogen besluit heeft de patiënt alle relevante informatie over zijn ziekte nodig. De psychiater zal hem daarom volledig en op voor hem of haar begrijpelijke wijze moeten voorlichten over zijn situatie en zijn vooruitzichten:

- *uitleg over de pathologie die aan zijn lijden ten grondslag ligt;*
- *de mogelijkheden om zijn lijden te verzachten of te verminderen;*

- de te verwachten gewenste en ongewenste effecten daarvan;
- de prognose bij het achterwege laten van verdere behandeling.

De psychiater moet niet alleen rekening houden met psychologische en cognitieve beperkingen van de patiënt. Ook sociale en culturele verschillen tussen psychiater en patiënt kunnen de communicatie verstoren.

De eis van voorlichting impliceert dat de patiënt bereid is zich te laten informeren en de verschillende invalshoeken in samenhang af te wegen. Hij heeft de plicht zich voldoende in te spannen om de informatie te ontvangen en tot zich te laten doordringen. Daarbij dient ook voldoende ruimte te zijn om te spreken over de emotionele betekenis van het verzoek en het toeleven naar een eventuele euthanasie, zowel voor zichzelf als voor anderen. De psychiater van zijn kant heeft de plicht de patiënt te helpen bij het verstandelijk en emotioneel verwerken van de informatie en te beoordelen of hij daartoe in staat is. Als hij merkt dat de patiënt de geboden informatie niet kan reproduceren, moet hij op andere manieren proberen om hem op een adequate wijze voor te lichten. Eventueel kan de familie daarbij ingeschakeld worden.”

De VVP onderschrijft dit en voegt er aan toe dat de patiënt ook van bij aanvang transparant moet worden ingelicht over de manier waarop met zijn euthanasieverzoek zal worden omgegaan, de eigen positie hierin en over het feit dat het proces dat volgt op een euthanasieverzoek veel tijd en verschillende contacten vraagt, en ook informatievergaring, betrokkenheid van meerdere artsen en van naasten,...

6. Betrokkenheid van familie of andere belangrijke derden

De wet stelt dat de arts het euthanasieverzoek van de patiënt bespreekt met de naasten die hij aanwijst “indien de patiënt dat wenst” (Art. 3 §2.5). Anderzijds laat de wet ook toe dat de arts bijkomende voorwaarden stelt (Art. 3 §2), en dit kan bijvoorbeeld zijn dat de familie of andere derden betrokken worden. De betrokkenheid van derden is belangrijk, niet alleen om hen de kans te geven afscheid te nemen, maar ook omdat deze betrokkenheid herstelkansen kan bieden en ook herstel van verbondenheid kan initiëren of faciliteren. **De VVP stelt voorop dat de familie van de patiënt en belangrijke derden betrokken worden, tenzij er gegronde redenen zijn om dat niet te doen. Dan wordt wel minstens één persoon uit de omgeving van de patiënt betrokken die door de patiënt wordt aangewezen. Het betrekken van familie of andere belangrijke derden gebeurt in overleg met patiënt. Een weigering van de patiënt om derden te betrekken kan er echter wel toe leiden dat de betrokken artsen hun taak niet naar behoren kunnen uitvoeren. Om die reden stelt de VVP als zorgvuldigheidsvereiste voorop dat de betrokken artsen als bijkomende voorwaarde stellen dat de omgeving betrokken wordt volgens bovenstaande logica en principes.** Het is uiteraard niet nodig dat de familie haar goedkeuring geeft voor euthanasie; het is zelfs niet wenselijk dat deze goedkeuring gevraagd wordt. Wel wordt gepeild naar de reacties, gedachten en gevoelens van familie en naasten, naar hoeveel begrip er is voor de vraag,... Men moet vermijden dat de familie het aanvoelt alsof ze hun goedkeuring moeten geven.

Deze verantwoordelijkheid komt hen niet toe en ze mogen er ook niet mee 'opgezadeld' worden. Het zou bovendien ook het eventuele afscheid en rouwproces kunnen compliceren.

7. Betrokkenheid van andere zorg- en hulpverleners

De oorzaak van het lijden, een psychiatrische aandoening, bevindt zich binnen het medisch domein met zijn biopsychosociaal model. De psychiater is hierbij vaak niet de enige hulpverlener.

De wet stelt dat indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt besproken wordt met het team of leden van het team (Art. 3 §2.4). De wet laat toe dat de arts bijkomende voorwaarden stelt (Art. 3 §2), bijvoorbeeld het verzoek bespreken met huidige of voorafgaande zorgverleners. **De VVP stelt voorop ook andere belangrijke hulp- en zorgverleners die betrokken zijn of waren te contacteren in alle transparantie naar de patiënt, tenzij er gegronde redenen zijn om dit niet te doen. Men dient zich hierbij niet te beperken tot het verpleegkundig team zoals in de wet gestipuleerd.**

8. Waarden, emoties en mogelijke tegenoverdracht

De VVP beklemtoont dat een arts of een team ook bij zichzelf moet onderzoeken welke factoren allemaal meespelen in het al dan niet bekwaam verklaren van een patiënt om deze beslissing te nemen, in de beoordeling van de andere wettelijke criteria en zorgvuldigheidsvereisten, en breder in het al dan niet aanvaarden of afweren van het verzoek. Op de achtergrond van een euthanasieverzoek en de vraag naar iemands bekwaamheid spelen immers altijd de eigen waarden, normen en emoties mee. Dit geldt zowel voor de behandelende arts, de geraadpleegde artsen, als de uitvoerende arts.

Een hulp bij deze zelfreflectie is te vinden in de Nederlandse richtlijn (2009, p. 40-41) over overdracht en tegenoverdracht. Het gaat dan over de betekenis van een euthanasieverzoek in de verhouding met de arts en andere hulpverleners en de emoties die het bij patiënt en hulpverleners oproept, maar bijvoorbeeld ook over de mate waarin hulpverleners al dan niet 'besmet' worden door de hopeloosheid van de patiënt, of de wanhoop van de patiënt al dan niet kunnen dragen of 'verdragen'.

"De beslissing om euthanasie te verlenen kan voortkomen uit het motief dat de behandelaar zich zo goed in de situatie kan verplaatsen. Dit is een gevaarlijk argument, omdat het kan samenhangen met de eigen angst voor aftakeling, eenzaamheid en ziekte.

De angst voor de eigen dood kan een open bespreking van een doodswens in de weg staan.

De doodswens van de patiënt kan een strijdpunt worden in de behandelrelatie.

Een psychiater kan besluiten euthanasie te verlenen om zichzelf te verlossen van gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid, resulterend in het gevoel tenminste iets actiefs aan het lijden te hebben kunnen doen.

Irrationele reddersfantasieën van de hulpverlener daarentegen kunnen een rol spelen bij het weigeren van euthanasie. Nogal wat hulpverleners zien suicide als hun persoonlijke falen.

(...)

Ondraaglijk lijden en een vraag om euthanasie zullen bij de geraadpleegde psychiater allerlei al dan niet bewuste gevoelens oproepen, niet het minst omdat euthanasie door een psychiater nog altijd onder het strafrecht valt. Zo kan hij denken dat hij de keuze van de patiënt voor de dood respecteert, maar komt hij toch steeds opnieuw tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen niet is voldaan, waarbij de voor hem verborgen agenda bestaat uit zijn persoonlijke opvatting dat er slechts één keuze mogelijk is, namelijk de keuze voor het leven.

Bij het beoordelen van het lijden van de patiënt kunnen ook overdracht en tegenoverdracht een rol spelen. De psychiater moet hierop steeds alert zijn en informeren naar reacties op de patiënt bij anderen. In het verslag voor de consulent dienen eigen observaties en eventuele vragen hierover te worden opgenomen. Veel motieven en gevoelens die de hulpvrager oproept bij de psychiater, kunnen een rol spelen bij de beslissing om al dan niet euthanasie te verlenen.

(...)

Deze problematische tegenoverdrachtsgevoelens kunnen gemakkelijk ontstaan. Het is daarom belangrijk dat de behandelende psychiater zijn eigen reactie op de hulpvraag beschrijft, of bespreekt met de consulent. Als zulke gevoelens de professionele werkrelatie hebben verstoord, kan supervisie of verwijzing en eventueel opname elders een situatie scheppen waarin een neutralere beoordeling van de hulpvraag mogelijk is.

Onbewuste motieven spelen altijd in psychiater-patiëntrelaties. Als een patiënt vraagt om euthanasie, is dat reden genoeg om alert te zijn op overdracht en tegenoverdracht. De commissie staat op het standpunt dat een zorgvuldig handelende psychiater in staat is om overdracht en tegenoverdracht bij de patiënt en zichzelf te herkennen, te behandelen of er tenminste rekening mee te houden. Hij dient eventueel op dit punt intervisie te vragen. Een zorgvuldige procedure, vooral de eis dat een tweede psychiater de patiënt zelf spreekt, is naar de mening van de commissie een voldoende waarborg op dit punt."

Deze processen van overdracht en tegenoverdracht kunnen het evaluatieproces kleuren en vragen therapeutische expertise (bv. eigen therapeutische expertise en/of advies van of samenwerking met psychotherapeuten), reflectie, transparantie en vooral teamwerk en collegiale samenwerking in een open sfeer van intervisie.

9. Finale besluitvorming

Hoewel de eindbeslissing bij de patiënt en de uitvoerende arts ligt, stelt de VVP ook voorop dat alle betrokken artsen en hulpverleners idealiter rond de tafel gebracht worden om dit open te bespreken en samen alle afwegingen te maken. Een dergelijke ronde tafel kan ook het karakter aannemen van een ad hoc ethisch overleg, met een vertegenwoordiging van een ethische commissie, aangevuld met de betrokken hulpverleners en behandelaars (zeker met inbegrip van de huisarts en betrokken psychotherapeuten, maar ook maatschappelijk werkers, CAW, straathoekwerkers,...), geraadpleegde psychiaters en uitvoerende arts, en indien nodig met experten (bv specifieke expertise i.v.m. wilsbekwaamheid, of i.v.m. de aandoening in kwestie, of psychotherapeutische expertise,...). **Een dergelijke ronde tafel en bijhorende toetsing en uitwisseling van inzichten en standpunten over het euthanasieverzoek verbreedt de beoordelingsbasis en verhoogt zo de zorgvuldigheid. Ook vroeger in het evaluatieproces kan zo'n breed overleg of ronde tafel zeer zinvol zijn.**

Als de uitvoerende arts de positieve adviezen van twee collega's ontvangen heeft als overleg heeft plaatsgevonden, ligt de uiteindelijke beslissing over de uitvoering van de euthanasie in handen van de patiënt en de uitvoerende arts. De ervaring leert dat patiënten op dit punt – of soms ook vroeger in het evaluatieproces – een zekere rust en geruststelling vinden: hun verzoek werd gehoord en ernstig genomen en er is perspectief op een eventuele uitvoering. **De VVP stelt voorop dat deze situatie ten volle benut moet worden om te exploreren of deze rust en geruststelling voldoende basis kan zijn om zich terug – al dan niet tijdelijk – te richten op het leven en op herstel, en om de uitvoering van de euthanasie niet onmiddellijk concreet te maken of uit te stellen. Onder andere door expliciet te zeggen dat de procedure op elk moment 'on hold' gezet kan worden of kan worden afgebroken, en dat de procedure tot op het laatste moment gestopt kan worden. Zo doet men er alles aan om te vermijden dat er impliciete of expliciete druk ontstaat om verdere stappen te zetten 'nu men zo ver gekomen is in de evaluatieprocedure'. Ook hier is de betrokkenheid van de familie en/of naasten, voor wie dit hele proces ook bijzonder zwaar kan zijn, belangrijk.**

Als de patiënt er voor kiest om niet (onmiddellijk) tot uitvoering over te gaan, dringt de vraag zich op hoe lang de positieve adviezen van de geraadpleegde artsen geldig blijven. De logica van de wet is immers dat het over een 'actueel euthanasieverzoek' gaat en niet over een euthanasieverzoek voor uitvoering in de toekomst. Euthanasie op basis van een voorafgaandelijke schriftelijke wilsverklaring is immers enkel mogelijk bij een onomkeerbare coma. **Daarom stelt de VVP voorop dat, als er meer dan een jaar verloopt tussen het formuleren van de twee adviezen en de eventuele uitvoering, er opnieuw een consultatie bij de geraadpleegde artsen plaatsvindt. Deze vergewissen zich ervan dat nog steeds aan de wettelijke voorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten voldaan is en stelt een geactualiseerd verslag op. Indien de situatie globaal vergelijkbaar gebleven is, kan dit een korte herevaluatie zijn in tegenstelling tot de oorspronkelijke evaluatie. Wel wordt nagegaan wat aanleiding heeft gegeven tot uitstel van uitvoering en of dit geen kansen inhoudt tot verder uitstel.**

10. Euthanasie en medisch begeleide zelfdoding

Met medisch begeleide zelfdoding bedoelen we hulp bij zelfdoding in aanwezigheid van en begeleid door een arts, na een uitgebreid evaluatieproces en volgens dezelfde criteria en zorgvuldigheidsvereisten als bij euthanasie. De huidige Belgische wet betreffende euthanasie regelt medisch begeleide zelfdoding niet. In Art. 2 van deze wet is euthanasie omschreven als “het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek”. Art. 3 bepaalt verder dat alleen artsen euthanasie kunnen uitvoeren. Toch gaat ook in België, wat de praktische uitvoering van een eventuele levensbeëindiging betreft, de voorkeur van sommige artsen uit naar medisch begeleide zelfdoding als de patiënt in staat is zelf op een efficiënte manier een middel in te nemen of een infuuskraantje open te draaien. Dit is meestal het geval bij patiënten met psychiatrische aandoeningen, maar ook bij vele andere patiënten die om actieve levensbeëindiging verzoeken. De bereidheid van de patiënt om dit zelf te doen, kan beschouwd worden als een ultieme uitdrukking van de overtuiging te willen sterven. Medisch begeleide zelfdoding is voor sommige artsen, op grond van persoonlijke overtuigingen, ook meer aanvaardbaar dan euthanasie. Ethisch en emotioneel is er voor vele artsen een wezenlijk verschil tussen zelf de letale handeling uitvoeren en hulp bieden aan een patiënt die deze verricht.

Hoewel medisch begeleide zelfdoding – in tegenstelling tot Nederland – niet formeel geregeld wordt in de Belgische wet, wordt het deontologisch (Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren, 22 maart 2003) en door de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (zesde verslag aan de wetgevende kamers, 2012 – 2013) gelijkgesteld aan euthanasie, mits de voorwaarden en de wettelijke procedures betreffende de euthanasie gerespecteerd worden en de handeling plaatsvindt onder de verantwoordelijkheid van de aanwezige arts die indien nodig kan ingrijpen. De argumentatie is dat de wet niet voorschrijft hoe de euthanasie moet worden toegepast. Medisch begeleide zelfdoding wordt dan beschouwd als een mogelijke uitvoeringsmodaliteit bij euthanasie. Deze stelling staat op gespannen voet met de formulering in de wet die stelt dat de euthanasie wordt uitgevoerd door een ander dan de betrokkene, terwijl bij medisch begeleide zelfdoding de uitvoering toch minstens gedeeltelijk door de patiënt gebeurt. Juridisch blijft er dus enige onzekerheid bestaan over het statuut van medisch begeleide zelfdoding. Toch wordt medisch begeleide zelfdoding momenteel toegepast in België door het zoals gezegd te koppelen aan de wettelijke voorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten voor euthanasie. Een deel van de euthanasieaangiftes, zoals ook gerapporteerd wordt en blijkt uit de registratiedocumenten, betreft dus eigenlijk gevallen van medisch begeleide zelfdoding. De facto is het verschil klein: men doorloopt dezelfde procedure, maar niet de arts stelt de handeling, wel de patiënt (draait het infuuskraantje open of drinkt zelf het euthanaticum). Maar zoals gezegd is er voor sommige artsen en ook patiënten een groot emotioneel, principieel en/of theoretisch verschil. **De VVP stelt in elk geval voorop dat de keuze tussen euthanasie en medisch begeleide zelfdoding in overleg gebeurt**

tussen een goed geïnformeerde patiënt en uitvoerende arts, en dat afspraken hierover duidelijk zijn voldoende vroeg in het proces.

11. Medisch zorgvuldige uitvoering van een euthanasievraag

De VVP wenst de zorgvuldigheid van uitvoering van euthanasie te beklemtonen. Een zorgvuldige uitvoering van euthanasie begint vooraf met tijdig de geraadpleegde artsen, betrokken zorgverleners en naasten te betrekken in overleg en in volle transparantie met de patiënt.

Naast de zorgvuldigheidsvereisten door de wet stelt de VVP de punten voorop weergegeven in het LEIF-document (*Lei(f)draad voor een zorgvuldige uitvoering van euthanasie. Wim Distelmans, versie 2017*). Een overzicht van deze LEIF-aandachtspunten is opgenomen in **Appendix A**.

De VVP wenst hiernaast de zorgvuldigheid, de deskundigheid, de sereniteit en de respectvolle omgang te beklemtonen. Het is uitermate belangrijk goed voorbereid te werk te gaan. Indien nodig laat de uitvoerende arts zich bijstaan door een verpleegkundige of collega met expertise. De aanwezigheid van familie betekent uiteraard niet dat ze een actieve rol hebben bij de uitvoering of het assisteren bij de uitvoering.

Na de euthanasie rapporteert de uitvoerende arts uiteraard de euthanasie (zie verder) met de daarvoor voorziene invuldocumenten en volgens de wettelijk voorziene procedure.

12. Verslaggeving

1. Verslag van de geraadpleegde arts

De rapportage door de geraadpleegde arts aan de uitvoerende arts dient te gebeuren aan de hand van de zorgvuldigheidsvereisten zoals beschreven in punt 1 bij de aangifte en zoals uitgewerkt in deze VVP-adviestekst. Gezien het grote belang van de uitkomst van deze rapportage is een deskundige schriftelijke verslaggeving na een mondeling overleg tussen betrokken collegae volgens de VVP aangewezen.

Het verslag is echter niet alleen een aftoetsen van de zorgvuldigheidscriteria maar ook een medische verslaggeving. Dit betekent dat het verslag alle noodzakelijke gegevens bevat die de besluitvorming motiveert. Het modelverslag in *Appendix B* kan als leidraad dienen. Hierin worden het medische verslag en de zorgvuldigheidsvereisten samengevoegd tot één consistent geheel. Dit modelverslag kan ook behulpzaam zijn om de essentiële informatie bij de behandelaars op te vragen, zodat veel van deze informatie de facto kan worden overgenomen uit de dossiergegevens.

De VVP is zich er zeker van bewust dat deze verslaggeving arbeidsintensief is en belastend kan zijn. **Gezien echter de complexiteit van het verzoek en de behoedzaamheid waarmee dit verzoek dient te worden behandeld is een zorgvuldig gedetailleerd verslag de neerslag van zorgvuldig en gedetailleerd werk.** Het is belangrijk dat de betrokken artsen en hulpverleners, de patiënt en zijn naasten deze informatie aanreiken mits toestemming van patiënt. Tegelijk moet de zorgvuldigheidsvereiste redelijk en zinvol zijn: het biedt weinig meerwaarde dat de geraadpleegde arts in zijn verslag aan de uitvoerende arts alle informatie herneemt die de uitvoerende arts hem bezorgd heeft. **De grootste nadruk ligt daarom op de inhoudelijke kwaliteit van het verslag: de integratie van deze informatie met de bevindingen van de gesprekken en het onderzoek van de patiënt, de weging ervan, de toetsing ervan aan de wettelijke criteria en zorgvuldigheidsvereisten en de onderbouwing van het advies en de besluiten.**

2. De aangifte (door de uitvoerende arts)

In de wet van 28 mei 2002 Art. 5 staat dat de arts die euthanasie heeft toegepast, binnen de vier werkdagen, via een volledig ingevuld registratiedocument (<http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/fcee-registratiedocument-van-een-euthanasie>) de Federale Controle en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) op de hoogte brengt. Dit dient te gebeuren bij aangetekend schrijven met ontvangstbewijs.

Dit registratiedocument bestaat uit twee delen. Het eerste deel is strikt vertrouwelijk en bevat persoonsgegevens van de patiënt, de betrokken artsen en apotheker. Het dient door de arts die de euthanasie toepast volledig te worden ingevuld en verzegeld. Dit deel wordt door de FCEE alleen geopend wanneer ze bijkomende informatie aan de uitvoerende arts wenst te vragen. Het tweede deel is ook strikt vertrouwelijk maar dient daarnaast anoniem te zijn. Anoniem betekent hier dat het verslag geen naamgegevens bevat van: patiënt, artsen, hulpverleners, ziekenhuis en anderen. In dit deel worden de voorwaarden (met inbegrip van de diagnose en een beknopte weergave van de adviezen) en de gevolgde procedure beschreven. Het wordt door de FCEE geëvalueerd.

Het aangifteformulier (Hoofdstuk V art. 7)

De vragen uit dit aangifteformulier zijn integraal terug te vinden in **Appendix C**, aangevuld met door de VVP toegevoegde aandachtspunten. Deze aandachtspunten zijn de minimale voorwaarden aan dewelke het verslag aan de FCEE dient te voldoen. Het is belangrijk dat de psychiater die de euthanasie uitvoert zorgvuldig en chronologisch het dossier bijhoudt met inbegrip van de evolutie van het verzoek, zijn werkzaamheden en de motivatie tot de besluitvorming. Dit dossier kan worden opgesteld aan de hand van het overzicht voor verslaggeving beschreven onder punt 2.

13. Zorg voor nabestaanden

In de Nederlandse richtlijn (2009, p. 50) vinden we over de ‘nazorg voor nabestaanden’ het volgende terug:

*“Bij de nazorg aan nabestaanden moet in elk geval dezelfde zorgvuldigheid betracht worden als gebruikelijk is bij een zelfdoding waarbij geen hulp is verleend. Als het maar enigszins mogelijk is, moet de psychiater van tevoren overleggen met de familie en de huisarts over de wijze waarop nazorg geboden kan worden. **Voor de verwerking achteraf is het van groot belang dat hij voorafgaand aan de euthanasie zorgvuldig overlegt met de naasten en rekening houdt met hun meningen en gevoelens. Uiteraard dient de patiënt voor dit overleg toestemming te verlenen.***

Na de euthanasie licht de behandelende psychiater de familie in en nodigt hij hen uit voor een gesprek. Soms kan het verstandig zijn om een huisarts, een andere hulpverlener of bijvoorbeeld een geestelijk verzorger in te schakelen voor, of te betrekken bij het inlichten van die naasten waarmee van tevoren geen overleg heeft plaatsgevonden. Ook dan moet dit vergezeld gaan van een uitnodiging van de behandelende psychiater voor een nazorggesprek.”

De VVP voegt hieraan toe dat het ook daarom cruciaal is de familie en/of belangrijke derden op voorhand te betrekken, en om samen te werken of minstens af te stemmen met de huisarts. De mogelijke impact van een euthanasie op alle betrokken artsen en hulpverleners noopt ook tot systematische debriefing en zorg voor elkaar.

Vooraf:

- Heeft patiënt orde op zaken gesteld? (bv. testament, ruzies bijleggen, afscheid nemen, uitvaart regelen, wie wil de patiënt aanwezig hebben bij de euthanasie,...)
- Bespreking met verwanten (bv. kunnen zij zich vinden in de euthanasie; gelegenheid geven (tegenstrijdige) gevoelens te uiten; wie wil aanwezig zijn; wat te vertellen aan vrienden, kennissen, kleine kinderen in de familie, nazorg nodig/aanwezig)
- Met patiënt (en verwanten) de technische uitvoering bespreken (...)
- Euthanatica TIJDIG bestellen en afhalen
- Met patiënt (en verwanten) dag en tijdstip afspreken (cave "speciale dagen": bv. huwelijksverjaardag van iemand in de familie)

Dag zelf:

Bij aankomst voor het uitvoeren van de euthanasie:

Vooraf (!) het euthanaticum prepareren; sedativum voor verwante(n) zo nodig; enkele minuten te vroeg komen (desnoods in de auto of op de verpleegafdeling blijven wachten); nakijken of onderhoudsinfuus is aangelegd, of het (laten) aanleggen (...) bel, gsm en telefoon afzetten; is er al afscheid genomen? Zijn er genoeg stoelen in de kamer? Repeteer 'laatste' gesprek

Tijdstip zelf:

- Aan patiënt vragen hoe hij zich voelt en of hij de euthanasie echt wil (de laatste woorden zijn belangrijk, ook voor rouw van verwanten)
- Vragen of iedereen aanwezig is zoals afgesproken
- Ligt patiënt comfortabel?
- Afscheid nemen (let ook op niet-verbale communicatie: géén stijlbreek met vroegere contacten!) en zich bescheiden opstellen ('wegcijferen') zodat verwanten op hun manier afscheid kunnen nemen
- Aandacht voor de familieleden: rustig vermelden dat de ademhaling stopt (bv. mogelijkheid van 'hoesten/hik' vernoemen), na minuten valt het hart stil bij gebrek aan zuurstof en nadien verkleurt de patiënt (lijkkleur)
- Na injectie, tijden het coma: nagaan hoe aanwezigen zich voelen; hen op de hoogte houden van de stand van zaken
- Rustig én 'professioneel' aanwezig blijven tot patiënt is overleden. Discreet nagaan of patiënt is overleden (bv. carotis pulsaties; verkleuring aangezicht) en niet met technische hulpmiddelen (bv. stethoscoop)

Na het overlijden:

- Aanwezig medelen dat patiënt is overleden en hen condoleren
- Bevestigen dat de wens van patiënt ingewilligd is
- Aanwezigen alleen laten afscheid nemen
- Alle materiaal meenemen (spuit,...), eventueel dossier aanvullen, overlijdensakte ('natuurlijke dood') invullen

- *Nadien afscheid nemen van de aanwezigen en hen benadrukken dat je 'later' (morgen, volgende week, volgend jaar) altijd beschikbaar blijft om er 'nog eens' over te praten."*

Appendix B (uit <http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/fcee-registratiedocument-van-een-euthanasie>)

Deel I: de persoonlijke informatie

1. De naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt.
2. De naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV, de woonplaats en e-mail van de behandelende arts
3. De naam, de voornamen, de woonplaats, het registratienummer bij het RIZIV en datum van de raadpleging van de eerste en tweede geraadpleegde arts
4. De naam, de voornamen, de hoedanigheid, de woonplaats en de datum van raadpleging van andere geraadpleegde personen
5. Euthanasie uitgevoerd op basis van een wilsverklaring: de eventueel aangeduide vertrouwenspersonen
6. De naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV, de woonplaats van de apotheker die euthanaticum heeft afgeleverd. De afgeleverde producten en hun hoeveelheid. Het eventuele overschot dat aan de apotheker werd terugbezorgd.

Deel I dient te worden gedateerd, gehandtekend en gestempeld door de uitvoerende arts.

Deel II: de voorwaarden en de gevolgde procedure

1. De geboorteplaats, geboortedatum en geslacht van de patiënt
Geen naam vermelden (anonimiteit)
2. De datum, het uur en de plaats van het overlijden
Geen adres of naam van het ziekenhuis of instelling vermelden
3. De aard van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte, veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt leed
De precieze diagnose melden
Wanneer is de diagnose gesteld?
Symptomen en beperkingen als onderdeel van het ziektebeeld beschrijven.
4. De aard en de beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden
Symptomen en beperkingen, als onderdeel van het ziektebeeld, die door de patiënt als ondraaglijk werden ervaren (beschrijven vanuit het perspectief van de patiënt).
5. De redenen waarom dit lijden niet gelenigd kan worden
Prognose van het ziektebeeld.
Toegepaste behandelingen en de resultaten (biologische behandelingen, psychotherapie en sociale interventies).
Plaatsgevonden palliatieve zorg.
Motiveer waarom er geen redelijk behandel- of zorgperspectief meer is.
6. Op basis van welke elementen met zich ervan heeft vergewist dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
Waarom is patiënt wilsbekwaam? Beschrijf in zijn componenten en motiveer.
Waarom niet onder druk van anderen?
Waarom overwogen en herhaald?

7. Te verwachten termijn van overlijden

Aankruisen

8. Procedure gevolgd door de arts

Aankruisen en datum van het op schrift gesteld verzoek om euthanasie aanvullen.

9. Hoedanigheid, datum van raadpleging en hun advies van de onafhankelijk verplicht geraadpleegde artsen (identiteit niet vermelden)

Het geschreven verslag van de arts samenvatten.

Het advies en de onderbouwing van de arts betreffende het aanhoudend en ondraaglijk lijden; het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek; de wilsbekwaamheid; de diagnose; de ernst en ongeneeslijkheid ervan; de medische uitzichtloosheid, de onlenigbaarheid van het lijden en het ontbreken van een redelijk behandelperspectief;...

10. Hoedanigheid en datum van raadpleging van andere geraadpleegde personen of instanties (identiteit niet vermelden)

11. De wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen

Naam, hoeveelheid en toedieningswijze.

12. Bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken

Facultatief.

Appendix C (Door VVP aanbevolen modelverslag)

Gegevens patiënt

Meerderjarigheid of ontvoogde minderjarigheid op ogenblik van het verzoek (HII Art3 §1) wordt zo duidelijk.

Gegevens advies vragend arts

Naam en voornaam.

Datum van vraag

Reden van consult

Wat is de eigen rol?

Wat is de vraagstelling patiënt?

Wat is de vraagstelling van de consult vragend arts?

Onafhankelijkheid

Waarom bent u onafhankelijk t.o.v. consult vragend arts, patiënt of anderen? Transparantie over mogelijke afhankelijkheid is hier een vereiste (schijn van niet afhankelijkheid vermijden).

Uitgevoerde werkzaamheden en toelichting

Hoe en wanneer is informatie ingewonnen?

Gesprek met patiënt onder vier ogen is hier een vereiste.

Overleg met zorgverleners (met wie en hoe?) is aangewezen.

Hoe heeft u het dossier samengesteld en nagezien?

Gesprek met steunfiguren (met wie en hoe?)

Medische voorgeschiedenis

Diagnoses (wanneer en door wie gesteld?)

Socio-familiale anamnese

Beschrijf de levensloop van de patiënt.

Hierbij aandachtig zijn voor steunfiguren, verliessituaties, trauma en persoonlijkheidskenmerken.

Precieze diagnose(s) waarom patiënt euthanasie vraagt

Diagnose(s) precies omschrijven

Symptomen en beperkingen als onderdeel van het ziektebeeld beschrijven

Door wie werd diagnose gesteld?

Hoe werd diagnose gesteld?

Wanneer werd diagnose gesteld?

Het ontstaan en de evolutie van het ziektebeeld?

Door wie werd patiënt ingelicht over zijn ziektebeeld?

Huidig klinisch beeld

Status praesens mentalis

Huidige behandeling

Biologisch, psychotherapeutisch en sociotherapeutisch.

Aard en beschrijving van het ondraaglijk lijden

Symptomen en beperkingen als onderdeel van het ziektebeeld die door patiënt als ondraaglijk werden ervaren (beschrijven vanuit het perspectief van de patiënt).

Stellen dat dit lijden voor u invoelbaar is.

Welke omgevingsfactoren kunnen invloed hebben op dit lijden?

Waarom is er voor de patiënt geen redelijk behandel- of zorgperspectief meer?

Redenen waarom dit lijden niet kan worden gelenigd

Prognose van het ziektebeeld?

Chronologische beschrijving van doorlopen behandelingen en de resultaten (biologisch, psychotherapeutisch en sociaal)

Motivatie en therapietrouw?

Beschrijf en motiveer waarom er geen redelijk behandel- of zorgperspectief meer is.

Zijn er geweigerde behandelingen? Waarom werden deze behandelingen geweigerd?

Motiveren dat geen redelijke behandelopties werd geweigerd.

Welke palliatieve zorg werd ingezet?

Verzoek (vrijwillig, weloverwogen en duurzaam)

Waarom is de patiënt wilsbekwaam? Waarom vindt u dat? Waarom vindt de aanvragend arts dit? Uit wat wordt dit afgeleid?

Wanneer eerste vraag naar euthanasie? Met wie deze vraag besproken?

Met wie en wanneer heeft de patiënt zijn verzoek besproken?

Wat zijn de bevindingen van personen waarmee patiënt deze vraag heeft besproken?

Is de patiënt voorgelicht over zijn ziektebeeld, de prognose en de behandelopties? Wat is er met hem besproken en door wie?

Uit wat hebt u afgeleid dat hij deze informatie heeft afgewogen in zijn verzoek?

Uit wat hebt u afgeleid dat het verzoek niet is ontstaan onder druk door derden?

Uit wat hebt u afgeleid dat patiënt de gevolgen van zijn verzoek heeft afgewogen.

Interpretatie en uitklaring van onderliggende betekenissen en dynamieken van het euthanasieverzoek, in relatie tot de psychiatrische aandoening.

Conclusie

De eindconclusie dient logisch te volgen uit bovenstaande beschrijvingen.