

Euthanasie in de psychiatrie

Brochure voor artsen

NVVE
Postbus 75331
1070 AH Amsterdam
Tel. (020) 620 06 90
Website: www.nvve.nl

Tweede (herziene) druk: oktober 2018

Redactie: Marleen Peters
Vormgeving: Kees Wagenaars, Breda

ISBN: 978-94-92174-12-3

© NVVE, Amsterdam 2018
Gedeeltelijke overname is toegestaan met bronvermelding
en kennisgeving aan de NVVE

Inhoud

1	Inleiding	7
	Euthanasieverzoek: een legitieme vraag	
2	Aandachtspunten bij euthanasieverzoek	8
	- De wet	
	- Principiële bezwaren arts	
	- Verwijzen	
	- Levensindekliniek	
	- Schriftelijke wilsverklaring	
	- Instellingsbeleid	
3	Wettelijke zorgvuldigheidseisen	11
	- Vrijwillig en weloverwogen verzoek	
	- Ondraaglijk en uitzichtloos lijden	
	- Voorlichting aan de patiënt	
	- Geen redelijke andere oplossing	
	- Beoordeling door onafhankelijk arts	
	- Medisch zorgvuldige uitvoering	
4	Het euthanasietraject	18
	- Fase 1 Vooronderzoek	
	- Fase 2 Beoordeling	
	- Fase 3 Consultatie	
	- Fase 4 Uitvoering	
5	Stroomschema Beoordeling verzoek om hulp bij zelfdoding	28
6	Stappenplan uitvoering	30
7	Verslaglegging	33

8	Betrokken professionals	36
	- Verpleegkundigen en verzorgenden	
	- Apotheker	
	- Lijkschouwer	
	- SCEN-arts	
	- Platform Euthanasie en Psychiatrie	
	- Consulent euthanasie Levenseindekliniek	
	- Toetsingscommissie	
9	Casuïstiek	40
10	Informatie	46

1 Inleiding

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) is duidelijk: psychiatrische aandoeningen kunnen een legitieme grondslag vormen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding.¹ De wet erkent dat geestelijk lijden net zo ondraaglijk kan zijn als lichamelijk lijden; de oorzaak van het lijden doet niet af aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Euthanasie is daarmee binnen het kader van de wet ook toegestaan bij patiënten met een psychiatrische aandoening.

Het aantal gehonoreerde euthanasieverzoeken van patiënten met een psychiatrische aandoening neemt de laatste jaren toe: van 41 in 2014 naar 83 in 2017. Dit lijkt gelijk op te gaan met het toenemende aantal euthanasieverzoeken dat jaarlijks door deze groep patiënten wordt gedaan. Alleen al bij de Levensindicliniek kwamen in 2017 679 verzoeken binnen, tegenover 345 in 2014.

Meer dan bij somatisch lijden ervaren artsen euthanasie bij psychisch lijden als complex. Lastiger dan bij lichamelijke aandoeningen is de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en de beoordeling van nog mogelijke behandelopties vast te stellen.

Deze (herziene) brochure is geschreven naar aanleiding van het verschijnen van de nieuwe 'Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis' (NVvP 2018). De brochure is bedoeld om artsen meer duidelijkheid te verschaffen over de wettelijke zorgvuldigheidseisen, het euthanasietraject, de verslaglegging en de uitvoering van euthanasie in de psychiatrie.

1 Beide vormen van levensbeëindiging worden in deze brochure aangeduid als euthanasie. Alleen waar nodig zal een onderscheid worden gemaakt tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding.

2 Belangrijk om te weten

De wet

In 2002 werd de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) ingevoerd. Een arts die euthanasie verleent blijft strafbaar, maar kan een beroep doen op een bijzondere strafuitsluitingsgrond. Artsen zullen niet strafrechtelijk worden vervolgd als zij zich houden aan de zes zorgvuldigheidseisen die in de wet zijn geformuleerd.

Principiële bezwaren arts

Euthanasie is geen recht van de patiënt en geen plicht van de arts. Ook niet in die gevallen waarin aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Niet alle artsen willen euthanasie verlenen. Sommigen vinden het emotioneel te belastend, anderen hebben principiële of persoonlijke bezwaren.

Patiënten hebben het recht te weten of de behandelend arts – na het samen doorlopen van het euthanasietraject en als aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan – bereid is euthanasie te verlenen. Breng de patiënt tijdig op de hoogte van uw standpunt over het verlenen van euthanasie. Dit voorkomt misverstanden, teleurstelling en onbegrip.

Verwijzen

Een arts die om principiële of persoonlijke redenen euthanasie afwijst, heeft de professionele en morele verantwoordelijkheid de patiënt tijdig te helpen bij het vinden van een andere arts die niet principieel tegen euthanasie is. In dat geval kan worden gezocht en doorverwezen worden naar een collega (bij voorkeur binnen het samenwerkingsverband) die bereid is het euthanasieverzoek te onderzoeken. Lukt dit niet dan kan de arts de patiënt ook aanmelden bij de Levensindekliniek of hem daarnaartoe verwijzen. De arts zorgt altijd voor een adequate overdracht van alle relevante informatie.

Levensindekliniek

De Levensindekliniek richt zich in hoofdzaak op complexe euthanasieverzoeken van patiënten die niet op afzienbare

termijn zullen overlijden. Artsen met principiële bezwaren, of zij die een specifiek euthanasieverzoek te complex vinden, kunnen patiënten doorverwijzen. Patiënten kunnen zich ook zelf aanmelden bij de Levenseindekliniek.

Al vanaf de oprichting in 2012 is één op de drie hulpvragers die zich aanmelden bij de Levenseindekliniek, een patiënt met een psychiatrische aandoening. Door het grote aantal hulpvragen en een tekort aan psychiaters heeft de Levenseindekliniek een wachttijd van wisselende duur voor patiënten met een psychiatrische aandoening.

De Levenseindekliniek stelt voorwaarden aan het in behandeling nemen van een hulpvraag. Een hulpvraag wordt alleen in behandeling genomen als:

- het euthanasieverzoek eerder door een arts is afgewezen;
- de hulpvraag actueel is (dus geen verzoek op termijn betreft);
- de patiënt toestemming geeft zijn medisch dossier(s) op te vragen.

Schriftelijke wilsverklaring

Een schriftelijke wilsverklaring is geen wettelijk vereiste om euthanasie te mogen verlenen. Toch is het een belangrijk document. Hoe concreter het schriftelijke verzoek, hoe meer aanknopingspunten het zal bieden voor gesprekken over de doodswens met de arts en voor de besluitvorming van de arts. Een uitgebreide wilsverklaring kan ook de onafhankelijk psychiater die geraadpleegd moet worden, de consulent (SCEN-arts) en de leden van de toetsingscommissie meer duidelijkheid en inzicht geven in de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden, de duur van de doodswens en de weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging.

Als de patiënt dat wil, kan de arts meedenken hoe het verzoek te verwoorden. Ook kan hiervoor een beroep worden gedaan op een consulent van het Adviescentrum van de NVVE.

Belangrijk is dat de wilsverklaring door de patiënt regelmatig wordt geactualiseerd en herbevestigd tijdens gesprekken met de behandelend arts.

Instellingsbeleid

In een instelling is het beleid rond euthanasie vrijwel altijd vastgelegd in een protocol. Hierin staat omschreven wat de procedure is bij een euthanasieverzoek en wat in het kader van goede zorgverlening wordt verwacht van de zorgverleners. In deze setting zijn veelal meerdere professionals betrokken bij het zorgproces rond de patiënt, met name verpleegkundigen, verzorgenden, psychologen en geestelijk verzorgers. Informatie van deze zorgverleners kan met name van groot belang zijn voor de inschatting door de arts van de toestand van de patiënt en de consistentie van het euthanasieverzoek. Vaak is het beleid dat euthanasie niet binnen de muren van de instelling kan plaatsvinden. De arts kan dan in overleg met de patiënt en familie de euthanasie uitvoeren bij de patiënt thuis, bij een familielid of in een hospice. Hoewel van de arts verlangd mag worden dat deze zich conformeert aan het beleid van de instelling, behoudt deze altijd zijn eigen professionele verantwoordelijkheid.

3 Wettelijke zorgvuldigheidseisen

Een arts die euthanasie verleent, wordt ontslagen van rechtsvervolging als deze zich aan zes in de wet omschreven zorgvuldigheidseisen houdt.

DE WETTELIJKE ZORGVULDIGHEIDSEISEN HOUDEN IN DAT DE ARTS

- 1 de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;
- 2 de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
- 3 de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;
- 4 met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
- 5 ten minste één andere onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de bovengenoemde zorgvuldigheidseisen;
- 6 de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

1. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

De arts moet de overtuiging hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

Vrijwillig verzoek

De euthanasiewens moet autonoom tot stand zijn gekomen, zonder druk of invloed van anderen. Psychiatrische patiënten kunnen zich, door signalen uit hun omgeving of uit een gevoel van schuld of last, gedwongen voelen om hun omgeving te ontlasten door uit het leven te stappen. Het onderzoeken van deze (subjectief beleefde of eventueel echt bestaande) druk

vanuit de omgeving speelt mee bij de beoordeling of de vraag om euthanasie vrijwillig is. De arts moet met de patiënt onderzoeken of er mogelijkheden zijn om aan de druk te ontsnappen. Er zijn situaties denkbaar waarin de patiënt zulke ernstige, niet te beïnvloeden gedragsstoornissen vertoont, dat het niet te voorkomen is dat de omgeving de patiënt als last ervaart. Als de patiënt dit zelf beseft, kan dit besef in belangrijke mate bijdragen aan de ondraaglijkheid van het lijden. Een dergelijke vorm van 'verminderde vrijwilligheid' hoeft geen reden voor de arts te zijn om het verzoek om euthanasie bij voorbaat af te wijzen.

Weloverwogen

Om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen moet de patiënt de informatie over zijn situatie en zijn vooruitzichten kunnen begrijpen, een helder ziekte-inzicht hebben en over zelfkennis beschikken. Ook moet de patiënt eventuele alternatieven kunnen afwegen en de gevolgen van zijn beslissing kunnen overzien.

De arts onderzoekt ook of de patiënt een consistent verlangen heeft naar de dood en het verzoek niet in een opwelling is gedaan of bijvoorbeeld berust op een (tijdelijke) depressie. Een patiënt met ernstige recidiverende psychosen of depressies kan in tussenliggende goede perioden vaak wel in staat zijn om met volledig ziektebesef tot een weloverwogen euthanasieverzoek te komen.

Een weloverwogen verzoek kent ook een zekere mate van duurzaamheid. Het verzoek komt niet voort uit een opwelling, maar wordt bij herhaling en consistent geuit. Dit houdt in dat de arts gedurende een zekere periode met de patiënt over het verzoek in gesprek moet zijn om de standvastigheid te toetsen. Consistentie houdt in dat overige handelingen en overwegingen in lijn zijn met het verzoek en er bijvoorbeeld geen sprake is van plannen die ondubbelzinnig in strijd zijn met het verzoek.

2. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De arts moet de overtuiging hebben gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

Uitzichtloos lijden

Het lijden van de patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is om de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. De uitzichtloosheid wordt door de arts vastgesteld op basis van de gestelde diagnose en prognose.

Bij veel psychiatrische stoornissen is het niet mogelijk 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 wordt er van onbehandelbaarheid gesproken als er 'geen redelijk behandelperspectief' meer bestaat (zie punt 4). Of een behandeloptie redelijk is, hangt enerzijds af van de verbetering die hiermee kan worden bereikt en anderzijds van de belasting die dit voor de patiënt meebrengt. Het is dus niet zo dat een patiënt alle nog alle denkbare behandelingen moet ondergaan. Er moet een gunstige verhouding zijn tussen de voor- en de nadelen. De mening van de patiënt hoort de arts mee te nemen in zijn oordeel over de uitzichtloosheid van het lijden.

Ondraaglijk lijden

Wat ondraaglijk lijden precies is, verschilt per persoon en per situatie. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart, kan voor een ander ondraaglijk zijn. Daarom is het belangrijk dat de patiënt zo duidelijk mogelijk maakt (en in de wilsverklaring omschrijft) wat ondraaglijk lijden voor hem betekent.

De ondraaglijkheid van het lijden wordt in sterke mate bepaald door de verwachting dat de lijdensdruk niet afneemt en het

voorzicht van het lijden levenslang is. Daarnaast spelen factoren mee zoals de achtergrond van de patiënt, de actuele situatie, het toekomstperspectief, de fysieke en psychische draagkracht en de persoonlijkheid van de patiënt.

Het is niet noodzakelijk dat de ondraaglijkheid door de arts als invoelbaar wordt ervaren. Wel dient de ondraaglijkheid in enige mate begrijpelijk te worden. Begrijpelijk in de zin dat de arts ervan overtuigd is dat het lijden voor deze specifieke patiënt met deze coping vaardigheden ondraaglijk is. Dit oordeel kan onderbouwd worden door, met toestemming van de patiënt, bij familie en naasten, andere (vorige) behandelaars, verpleegkundigen en verzorgenden te informeren naar hun indruk van het lijden van de patiënt.

De mate waarin de patiënt het lijden als ondraaglijk ervaart, kan fluctueren. Veel chronisch 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 hulp bij zelfdoding moet dan met de patiënt besproken en beoordeeld worden in een periode waarin de patiënt beter functioneert.

3. Voorlichting aan de patiënt

De arts moet de patiënt hebben voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten.

De arts moet de patiënt hebben voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. Voor een weloverwogen verzoek is het noodzakelijk dat de patiënt een volledig inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, prognoses en behandelmogelijkheden. De arts moet de patiënt hierover volledig informeren. Dit inzicht vormt ook een noodzakelijke basis voor de weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt om euthanasie. De arts dient hierbij rekening te houden met de psychologische en cognitieve beperking van de patiënt en met sociale en culturele verschillen tussen de arts en de patiënt die de communicatie kunnen verstoren.

Bij de voorlichting worden ook de familie en naasten betrokken, bij voorkeur in een triadische setting (patiënt, arts en naasten).

4. Geen redelijke andere oplossing

De arts moet met de patiënt tot de overtuiging zijn gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was.

Bij het beoordelen van een verzoek om levensbeëindiging wordt samen met de patiënt en diens naasten gezocht naar redelijke andere oplossingen voor het lijden. Wanneer arts en patiënt gezamenlijk tot de overtuiging komen dat noch psychiatrische behandeling noch herstel ondersteunende zorg voldoende perspectief biedt, kan gesproken worden van 'geen redelijke andere oplossing'.

Als er nog een redelijk behandelperspectief aanwezig wordt geacht, maar de patiënt weigert om hieraan mee te werken, bespreekt de arts de reden van de weigering met de patiënt. Indien de arts na overleg de weigering niet als redelijk beschouwt, moet hij het verzoek om levensbeëindiging vooralsnog afwijzen.

Dit wil niet zeggen dat de patiënt iedere mogelijke behandeling moet benutten. Een patiënt mag een behandeling weigeren als er bijwerkingen zijn waardoor het positieve effect van de behandeling niet opweegt tegen de nadelen ervan. Ook moet de te bereiken verbetering op afzienbare termijn kunnen worden gerealiseerd. Het is dus niet noodzakelijk dat alle denkbare mogelijkheden worden uitgeprobeerd. Soms geldt: genoeg is genoeg. Een ingrijpende of langdurige interventie met een beperkt resultaat zal in het algemeen niet als een 'redelijk alternatief' kunnen worden aangemerkt.

Een behandeling die het lijden substantieel kan verminderen of wegnemen, gedurende een langere termijn, zal doorgaans wel een 'redelijk alternatief' zijn. Van de arts wordt verwacht dat deze kan onderbouwen waarom de patiënt aangereikte behandelmethoden niet redelijk of aanvaardbaar vond.

5. Beoordeling door onafhankelijk arts

De arts moet ten minste één andere, onafhankelijke arts hebben geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen.

De Wtl schrijft voor dat de arts alvorens tot inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging in te gaan tenminste één onafhankelijk arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de eerste vier zorgvuldigheidseisen. Als het patiënten met een psychische stoornis betreft, heeft het de voorkeur dat de consulent een psychiater is die voldoende deskundig heeft over de problematiek van de patiënt en de SCEN-opleiding heeft gedaan. (Dit is verplicht als tijdens de eerdere second opinion in de beoordelingsfase de wilsbekwaamheid van de patiënt buiten beschouwing is gebleven.)

Waar nodig is aan te raden dat de consulent niet alleen spreekt met de behandelend arts, maar ook met de familie en naasten van de patiënt, of met andere behandelaars, verpleegkundigen en verzorgenden; in ieder geval dient de consulent na te gaan of de familie en naasten voldoende bij het gehele proces zijn betrokken.

De consulent beoordeelt of de arts niets over het hoofd heeft gezien in het kader van de zorgvuldigheidseisen. Door omstandigheden kan er sprake zijn van aanzienlijk tijdsverloop tussen de consultatie en de uitvoering van het euthanasieverzoek. In dat geval zal de arts dezelfde of een andere consulent opnieuw moeten raadplegen.

De consulent is niet degene die uiteindelijk beslist of de euthanasie al dan niet kan worden verleend. De arts moet het oordeel van de consulent wel zwaar laten wegen. Indien de arts het advies van de door hem geraadpleegde consulent niet volgt, zal hij dit heel grondig moeten kunnen motiveren. Bij een fundamenteel verschil van mening is euthanasie niet te rechtvaardigen en dient de arts nog een andere consulent te raadplegen. Al is het niet de bedoeling dat de arts net zo lang door zoekt tot hij een 'welwillende' consulent heeft gevonden.

6. Medisch zorgvuldige uitvoering

De arts moet de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig hebben uitgevoerd.

In de Wtl wordt gesteld dat de arts de levensbeëindiging op verzoek medisch zorgvuldig dient uit te voeren. Raadpleeg hiervoor hoofdstuk 6: Stappenplan uitvoering.

4 Het euthanasietraject

Het onderzoeken van een euthanasieverzoek op grond van een psychiatrische aandoening is een complex, intensief en langdurig proces. Vooraf maken arts en patiënt afspraken over de wederzijdse inspanningen die zullen worden geleverd. Het is belangrijk dat de patiënt zich bewust is van deze inspanningsverplichting, vooral wat betreft de medewerking aan bijvoorbeeld nog redelijke behandelmogelijkheden en het betrekken van familie en naasten in het traject.

Hoe lang het traject duurt is vooraf niet te zeggen. Euthanasie is geen behandeling waarbij een arts over één nacht ijs gaat. De arts zal een doodswens altijd grondig willen onderzoeken. Het vraagt dus tijd om een oordeel te vormen over het euthanasieverzoek en te komen tot een zorgvuldige afweging. Bereid de patiënt erop voor dat een euthanasietraject maanden zal duren. En mogelijk langer als bijvoorbeeld blijkt dat er nog redelijke behandelmogelijkheden zijn.

Globaal is het euthanasietraject te onderscheiden in vier fasen: de verzoekfase, de beoordelingsfase, de consultatiefase en de uitvoeringsfase.² De volgorde van de opeenvolgende fasen is niet dwingend, terugkeer naar een fase kan soms wenselijk of noodzakelijk zijn.

In elke fase kunnen arts en patiënt, afzonderlijk of gezamenlijk, besluiten het traject al dan niet voort te zetten.

Fase 1 Verzoekfase

In deze fase bespreekt de arts het verzoek tot levensbeëindiging met de patiënt en besluit de arts of de hulpvraag nader zal worden onderzocht.

De arts zal in deze fase geen toezegging doen voor euthanasie. Eerst zal onderzocht moeten worden of kan worden voldaan aan alle wettelijke zorgvuldigheidscriteria.

2 Dit onderdeel is gebaseerd op de Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychiatrische aandoening, NVvP 2018

Gesprekken met de patiënt

De arts maakt de doodswens bespreekbaar (bij signalen uit de omgeving van de patiënt brengt de arts het onderwerp zelf actief in) en zorgt dat de patiënt zich gehoord en serieus genomen voelt. Onderzocht moet worden of het verzoek het resultaat is van een duurzaam afwegingsproces en of er sprake is van reflectie op het eigen denken, voelen en handelen. Belangrijk hierbij is dat de arts zijn eigen belemmeringen kent, zowel principieel als persoonlijk, om met de patiënt vrijuit te kunnen spreken over de doodswens.

VRAGEN DIE AAN DE ORDE ZULLEN KOMEN

- Waaruit bestaat het lijden?
- Waarom is dit lijden voor de patiënt ondraaglijk?
- Wat is (medische) geschiedenis van de patiënt?
- Wanneer ontstond de wens het leven te beëindigen?
- Is de doodswens met anderen besproken?
- Hoe zijn de contacten met de familie?
- Hoe verwacht de patiënt dat naasten zullen reageren?
- Vindt patiënt zichzelf een last voor uw omgeving en waarom?
- Heeft de patiënt suïcidale gedachten?
- Heeft hij eerder een of meerdere zelfdodingspogingen ondernomen?
- Hoe stelt de patiënt zich het levenseinde voor?
- Is er iets dat weer levensperspectief zou kunnen bieden?

Oordeel over het verzoek van de patiënt

Om te bepalen of de procedure gestart kan worden, zal de arts een eerste globale afweging van de wettelijke zorgvuldigheidseisen maken. Op grond van eigen onderzoek vormt de arts zich een voorlopig beeld van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de patiënt en de behandelgeschiedenis.

Voor een eerste inschatting van de uitzichtloosheid van het lijden is voldoende specialistische informatie over het eventueel nog aanwezige behandelperspectief bij de behandelend arts vereist. De arts kan daarvoor (vooruitlopend op fase 2) aanvullende informatie bij eerdere en huidige hulpverleners verzamelen, het patiëntendossier en vakliteratuur bestuderen of de patiënt laten onderzoeken door een psychiater. De arts betreft zo mogelijk familie en naasten al vroeg bij de keuze om de procedure al dan niet te starten.

Besluit

Aan het eind van de verzoekfase zal de arts besluiten of hij het euthanasieverzoek verder wil of kan onderzoeken. Wanneer de arts op principiële of persoonlijke gronden niet bereid is op het verzoek in te gaan, dient deze de patiënt te ondersteunen om de hulpvraag bij een andere arts neer te leggen, die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie.

Fase 2 Beoordelingsfase

In deze fase onderzoekt de behandelend arts of aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. Daarvoor bespreekt hij het verzoek met een ter zake kundige onafhankelijk psychiater, met overige hulpverleners en familie en naasten.

In de beoordelingsfase moet de arts in eerste instantie zelf tot de overtuiging komen dat voldaan is aan de eerste vier zorgvuldigheidseisen.

DE ARTS MOET DE VRAAG BEANTWOORDEN OF SPRAKE IS VAN

- 1 een vrijwillig en weloverwogen verzoek;
- 2 uitzichtloos en ondraaglijk lijden;
- 3 voorlichting van de patiënt over diens situatie en vooruitzichten;
- 4 geen redelijke andere oplossing.

(zie hoofdstuk 3)

Pas nadat de arts deze vragen zelf bevestigend beantwoord heeft, kan hij overgaan naar de fase drie, de consultatiefase.

Second opinion

Om te kunnen bepalen of er geen redelijke andere oplossing is, is de behandelend arts (ook als deze zelf psychiater is) verplicht een second opinion aan te vragen bij een onafhankelijk psychiater die specifieke deskundigheid heeft op het gebied van de stoornis van de patiënt.

Het raadplegen van een onafhankelijke deskundige psychiater helpt de arts om vast te stellen of alle redelijke behandel mogelijkheden doorlopen zijn en zo mogelijk om de wilsbekwaamheid van de patiënt inzake het verzoek te beoordelen.

De psychiater die de second opinion verricht, moet de patiënt zelf onderzoeken. De patiënt wordt geacht hieraan mee te werken.

Gesprekken met andere professionals

In de zorg voor de patiënt met een psychiatrische aandoening spelen meerdere hulpverleners een rol. Arts en patiënt brengen samen in kaart welke andere hulpverleners betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt. Dit kunnen psychiaters, de huisarts, verpleegkundigen, psychologen, paramedici, medewerkers van de wijkzorg, ervaringsdeskundigen en geestelijk verzorgers zijn. Deze professionals kunnen de arts helpen inzicht te krijgen in onder andere de wilsbekwaamheid van de patiënt, de uitzichtloosheid van het lijden, mogelijke behandel perspectieven en eventuele mogelijkheden om het leven van de patiënt draaglijk te maken.

Gesprekken met familie en naasten

Wettelijk spelen familie en naasten geen rol bij de besluitvorming over het verlenen van levensbeëindiging op verzoek. Familie en naasten kunnen echter een belangrijke bron van informatie zijn over de situatie van de patiënt en inzicht geven in wat er speelt in de omgeving. Ze kunnen helpen bij het in kaart brengen van het behandel perspectief van de patiënt, zowel qua mogelijkheden als beperkingen.

Als de patiënt contact met de familie afwijst, mag de arts hier niet in meegaan gezien het belang van familie en naasten als bron van informatie en hun directe betrokkenheid.

Is schuldgevoel de reden, dan kan de patiënt worden gewezen op het belang – zowel voor de familie als voor hemzelf – dat het traject samen wordt afgelegd. Voor de familie zal het onverdraaglijk zijn te worden geconfronteerd met de plotselinge zelfgekozen dood van een geliefde, zonder daar ook maar enigszins op voorbereid te zijn. Zelfs als de relatie met de familie niet goed is, zal de onverwachte dood grote impact hebben. Door de naasten er wel bij te betrekken, stelt de patiënt hen in de gelegenheid zich voor te bereiden op de naderende dood. Voor de patiënt zal het een grote steun zijn dat hij zijn doodswens met zijn familie kan delen, dat hij hen uit kan leggen waarom hij niet meer verder kan leven. Uitgangspunt is dat euthanasie alleen kan worden verleend als familie en naasten op de hoogte zijn van wat er gaat gebeuren. Alleen in zeer bijzondere omstandigheden kan hiervan worden afgeweken, zoals bij een onherstelbare breuk met familie en naasten of een belangrijke rol van familie en naasten in het ontstaan en de continuering van de psychiatrische aandoening.

Als de patiënt contact met de familie blijft weigeren, zal de arts het verzoek slechts dan kunnen honoreren na een uiterste inspanning om de patiënt te motiveren familie en naasten te betrekken. De arts zal dan een gedegen onderbouwing moeten geven van het besluit om euthanasie te verlenen zonder informatie aan en inbreng van familie en naasten.

Als familie en naasten zelf geen rol willen spelen, wordt dat gerespecteerd.

Besluit

Na de verplichte second opinion, het raadplegen van betrokken hulpverleners en familie en naasten besluit de arts of hij tot de overtuiging is gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Is dit het geval, dan start de consultatiefase. Is dit niet het geval, dan wordt het traject afgebroken. De arts bespreekt met de patiënt wat de redenen zijn dat het verzoek (nu) niet ingestemd kan worden en bespreekt hoe de verdere zorg vorm kan

krijgen. Familie en naasten worden hier zoveel mogelijk bij betrokken.

Fase 3 Consultatiefase

In deze fase vindt de consultatie door een onafhankelijke consulent plaats, die beoordeelt of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De euthanasiewet schrijft voor dat de arts, voordat deze euthanasie verleent, tenminste één onafhankelijk arts raadpleegt, die bekijkt of aan zorgvuldigheidseisen is voldaan. In de praktijk zal dit doorgaans een onafhankelijke SCEN-consulent zijn. De SCEN-arts is vaak een huisarts, maar kan ook een medisch specialist zijn waaronder een klein aantal psychiaters.

DE CONSULENT TOETST OF

- 1 de arts zorgvuldig heeft gehandeld;
- 2 er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek;
- 3 de behandelend arts de overtuiging heeft kunnen krijgen dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden;
- 4 de patiënt is voorgelicht over zijn situatie en de vooruitzichten;
- 5 de arts met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor deze situatie geen andere redelijke oplossing is.

Om te kunnen beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, zal de consulent de patiënt bezoeken en zowel met de patiënt als familieleden en/of naasten spreken. Het is belangrijk dat de SCEN-arts de patiënt ook onder vier ogen spreekt om te bepalen of het verzoek vrijwillig is gedaan en niet onder invloed of druk van anderen tot stand is gekomen. De SCEN-arts spreekt tijdens het bezoek meestal geen oordeel uit.

Na het bezoek schrijft de consulent een verslag met zijn oordeel of er wel of niet of nog niet helemaal aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De behandelend arts ontvangt het schriftelijk verslag meestal één tot enkele dagen na het bezoek en bespreekt het oordeel van de consulent met de patiënt, familie en naasten. Wanneer er naar de mening van de SCEN-arts nog niet, of nog niet helemaal is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, dan kan dat enige tijd later wel zo zijn. Afhankelijk van de situatie bezoekt dezelfde consulent of een andere consulent dan nogmaals de patiënt voor een gesprek.

De behandelend arts is formeel gezien niet verplicht een (afwijkend) oordeel van de consulent te volgen. Hij moet het oordeel van de consulent wel zwaar laten wegen. Als de arts een negatief advies van de consulent niet volgt en besluit toch euthanasie te verlenen, zal hij dit met heel sterke argumenten moeten kunnen motiveren.

Fase 4 Uitvoeringsfase

In deze fase vindt de uitvoering van het verzoek tot levensbeëindiging plaats.

De arts spreekt vooraf praktische zaken door met de patiënt en overige betrokkenen, zoals de datum, het tijdstip en de plaats van uitvoering en wie bij de uitvoering aanwezig zullen zijn. (Als de patiënt in een instelling verblijft zal rekening moeten worden gehouden met het beleid van de instelling.) Ook bespreekt de arts met hen de procedure rond het verlenen van euthanasie en wat er na het overlijden gebeurt.

BINNEN DE EUTHANASIEWET ZIJN ER TWEE METHODEN VOOR UITVOERING

- 1 euthanasie: waarbij de middelen per injectie of infuus worden toegediend (intraveneus);
- 2 hulp bij zelfdoding: waarbij de arts een dodelijk drankje overhandigt aan de patiënt die dit zelf drinkt (oraal).

Arts en patiënt overleggen vooraf welke methode de voorkeur heeft.

Vlak voor de uitvoering vraagt de arts nogmaals aan de patiënt of deze ervan overtuigd is te willen sterven. De arts dient, afhankelijk van de gekozen methode, de euthanatica toe of overhandigt het drankje.

Lijkschouwer

Als de arts heeft vastgesteld dat de patiënt is overleden, neemt hij contact op met de gemeentelijk lijkschouwer. De lijkschouwer schouwt het stoffelijk overschot uitwendig, gaat na hoe en met welke middelen het leven van de patiënt is beëindigd en neemt het dossier dat de arts vooraf heeft samengesteld in ontvangst.

Officier van justitie

De lijkschouwer licht vervolgens de officier van justitie in. Dit is noodzakelijk omdat euthanasie een niet-natuurlijke dood is. De officier van justitie geeft (in het algemeen) het lichaam meteen vrij, waarna de nabestaanden contact kunnen opnemen met de uitvaartondernemer.

Regionale Toetsingscommissie

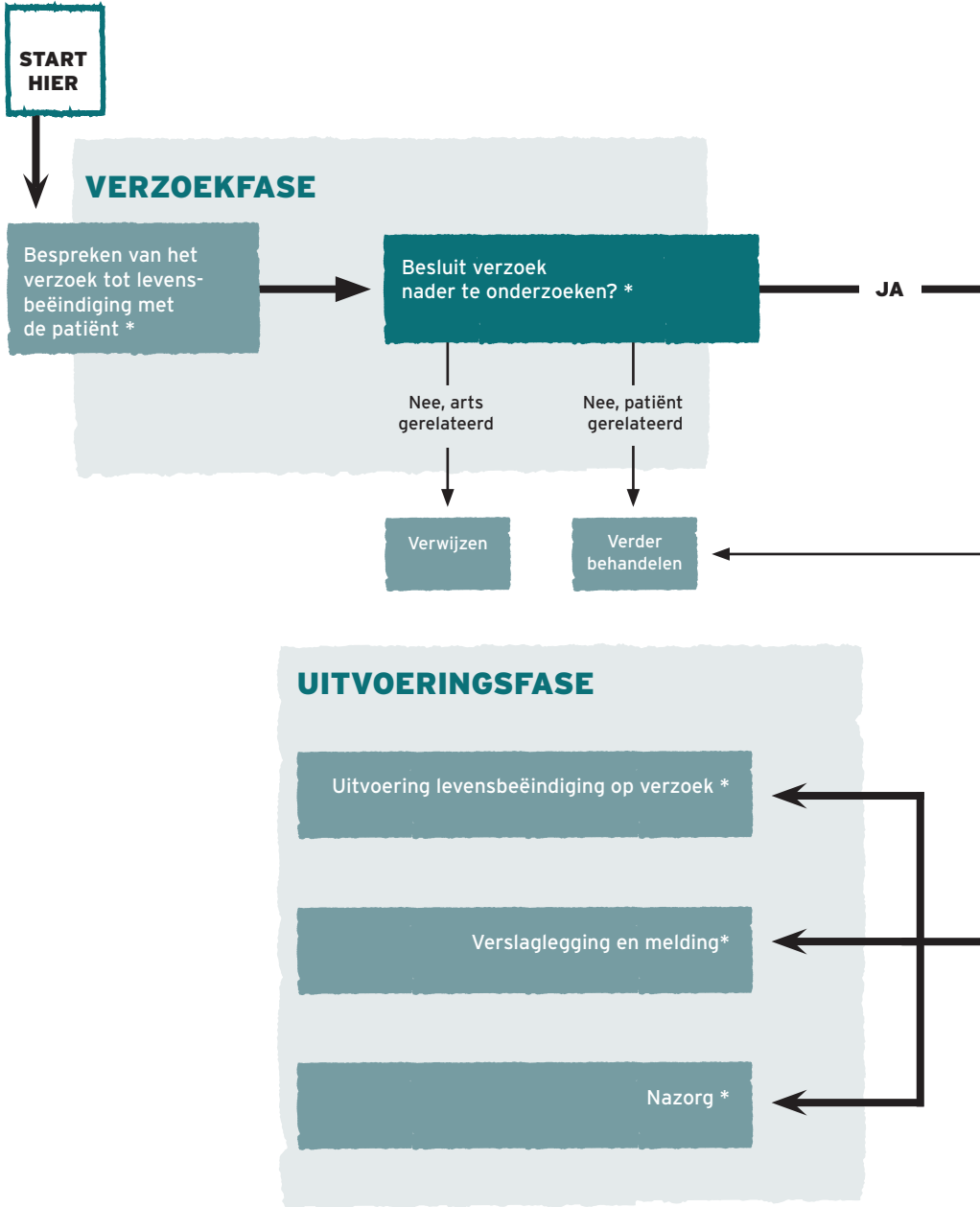
De lijkschouwer stuurt het dossier naar de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie. De toetsingscommissie (bestaande uit een arts, ethicus en jurist) beoordeelt of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Heeft de commissie nog vragen of behoefte aan nadere informatie, dan wordt de arts gevraagd een toelichting te geven. Binnen zes tot twaalf weken ontvangt de arts het oordeel. Deze termijn kan langer duren als de commissie een toelichting wil.

Als de toetsingscommissie oordeelt dat een arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen wordt daarmee de toetsing en beoordeling beëindigd. Komt de toetsingscommissie tot het oordeel dat de arts een of meerdere zorgvuldigheidseisen niet heeft nageleefd, dan wordt de melding doorgestuurd naar het Openbaar Ministerie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Deze instanties bekijken of zij het oordeel van de commissie delen en welke stappen zij zullen ondernemen.

Nazorg

Binnen zes weken na het verlenen van de euthanasie neemt de uitvoerend arts contact op met nabestaanden. Hij gaat na of er complicaties in het rouwproces of emotionele problemen zijn waarvoor professionele beoordeling en behandeling nodig is.

5 Stroomschema Beoordeling verzoek om hulp bij zelfdoding³



BEOORDELINGSFASE

Zorgvuldigheidscriteria:

- Vrijwillig en weloverwogen verzoek? *
- Uitzichtloos en ondraaglijk lijden? *
- Bespreken situatie en vooruitzichten? *
- Geen redelijke andere oplossing? *

Second opinion door onafhankelijk deskundig psychiater *

Betrekken van overige hulpverleners en multidisciplinair overleg *

Betrekken van verzoek met familie en naasten *

Conclusie arts:
aan zorgvuldigheidseisen
voldaan?

NEE

JA

CONSULTATIEFASE

Beoordeling door
onafhankelijke
consulent *

Conclusie arts:
verzoek inwilligen?

JA

NEE

- 3 De * verwijzen naar de betreffende module in de Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis, NVVP 2018

6 Stappenplan uitvoering

BINNEN DE EUTHANASIEWET ZIJN ER TWEE METHODEN VOOR UITVOERING

- 1 euthanasie: waarbij de middelen per injectie of infuus worden toegediend (intraveneus);
- 2 hulp bij zelfdoding: waarbij de arts een dodelijk drankje overhandigt aan de patiënt die dit zelf drinkt (oraal).

Arts en patiënt overleggen vooraf welke methode de voorkeur heeft.

Aanvraag euthanatica

- Arts vraagt de euthanatica aan bij de apotheker
- Arts geeft de apotheker alle relevante informatie
- Apotheker controleert welke overige medicatie de patiënt gebruikt
- Arts haalt zelf de euthanatica bij de apotheek op
- Apotheker geeft uitleg over de middelen en de wijze van toediening

Vorbereiding

- Arts vraagt een VT-team verpleegkundige of de ambulance-dienst om een i.v. naald te prikken (bij voorkeur op de dag van de uitvoering)
- Arts zorgt ervoor dat bij hulp bij zelfdoding twaalf, zes en één uur van tevoren een antibraakmiddel wordt ingenomen om de kans op braken zo klein mogelijk te maken

Uitvoering

Euthanasie (intraveneus)

- Arts bespreekt de procedure nogmaals met de patiënt
- Arts Informeert patiënt en familie over de werking van euthanatica, met name over het snelle effect; coma treedt na intraveneuze methode binnen 2 minuten in

- Arts maakt euthanaticum klaar in een aparte ruimte
- Arts vraagt nogmaals aan de patiënt of deze overtuigd is te willen sterven
- Arts dient het coma-inducerend middel toe
- Arts controleert de diepte van het coma, bijvoorbeeld door middel van een oogbol- of wimperreflex of door het toedienen van pijnprikkels
- Arts dient spierrelaxans toe
- Arts blijft tot de dood is ingetreden in de directe nabijheid van de patiënt, om bij complicaties snel te kunnen ingrijpen

Hulp bij zelfdoding (drankje)

- Arts bespreekt de procedure nogmaals met de patiënt
- Arts informeert patiënt en familie over de werking van euthanatica, met name het snelle effect; coma treedt bij orale methode binnen 5 tot 15 minuten in
- Arts spreekt met patiënt en familie een maximale tijdsduur af tot overlijden; als de middelen na **één of twee uur** niet het beoogde effect hebben, wordt alsnog overgegaan tot intraveneuze toediening van euthanaticum
- Arts maakt euthanaticum klaar in een aparte ruimte
- Arts vraagt nogmaals aan de patiënt of deze overtuigd is te willen sterven
- Patiënt is in half liggende houding voor het drinken van het euthanaticum
- Arts overhandigt het glas met euthanaticum
- Patiënt wordt na coma in liggende houding gebracht
- Arts blijft tot de dood is ingetreden in de directe nabijheid van de patiënt, om bij complicaties snel te kunnen ingrijpen

Na overlijden

- Arts belt na het vaststellen van de dood de lijkschouwer
- Lijkschouwer schouwt het stoffelijk overschot (uitwendig)
- Lijkschouwer gaat na hoe en met welke middelen het leven van de patiënt is beëindigd, bewaar hiervoor flacons, ampullen, geëtiketteerde spuiten en verpakkingen)
- Arts bespreekt het dossier met de lijkschouwer en overhandigt dit

- Lijkschouwer belt de officier van justitie
- Familie belt begrafenisondernemer na het vrijgeven van het lichaam
- Lijkschouwer meldt de euthanasie bij de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie
- Arts brengt alle gebruikte flacons, inclusief de noodset, persoonlijk terug naar de apotheker; zij vullen samen het evaluatieformulier KNMP in
- Arts zorgt voor nazorg familie

7 Verslaglegging

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

- 1 Wanneer is er voor het eerst in algemene zin door de patiënt (met u) over euthanasie gesproken? Als de patiënt toen een schriftelijke wilsverklaring heeft overhandigd, de datum van de verklaring vermelden.
- 2 Wanneer heeft de patiënt u voor het eerst om daadwerkelijke uitvoering van euthanasie verzocht en wanneer heeft de patiënt dit verzoek herhaald? Vermeld als dit verzoek eerder aan anderen (bijvoorbeeld aan collega's) is geuit en/of daar anderen (bijvoorbeeld verpleegkundigen of verzorgenden) bij waren.
- 3 Als er een schriftelijke wilsverklaring aanwezig is, voeg deze dan toe. Datzelfde geldt voor video- of audiomateriaal dat is vervaardigd.
- 4 Waaruit leidt u af dat het verzoek van patiënt niet is geuit onder druk of invloed van anderen?
- 5 Waaruit leidt u af dat de patiënt zich ten volle bewust is van de strekking van het verzoek en van zijn situatie? Worden eventuele alternatieven voldoende begrepen en wat zijn de overwegingen van de patiënt om bij het verzoek om hulp bij zelfdoding te blijven? Zo ja, waaruit blijkt dat de patiënt deze mogelijkheden weloverwogen heeft afgewezen?
- 6 Heeft u over de levensbeëindiging overleg gehad met naasten van de patiënt? Zo ja, wanneer, met wie en wat waren hun opvattingen? Zo nee, waarom niet?
- 7 Is er over de levensbeëindiging overleg geweest met verplegend of verzorgend personeel, met het afdelingshoofd en/of met de huisarts en wijkverpleegkundige en eventuele andere bij de behandeling of zorg betrokken personen?
- 8 Wanneer en op welke wijze is de zorginstelling op de hoogte gesteld dat euthanasie uitgevoerd gaat worden? Wat waren hun opvattingen? Zo nee, waarom niet?

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden

- 1 Aan welke aandoening(en) lijdt de patiënt die aanleiding zijn voor het euthanasieverzoek en sinds wanneer lijdt de patiënt aan deze aandoening? Wanneer is/zijn deze diagnose(n) gesteld?
- 2 Beschrijf – vanuit het perspectief van de patiënt – waaruit het lijden van de patiënt bestaat en wat dat lijden voor deze patiënt ondraaglijk maakt.
- 3 Waardoor bent u ervan overtuigd dat het lijden naar heersend medisch inzicht uitzichtloos is?
- 4 Wat maakte dat het ondraaglijk lijden van deze patiënt voor u begrijpelijk is geworden? Beschrijf bijvoorbeeld de klachten/aspecten van het lijden en de (niet alleen medische) zorg die de patiënt nodig heeft.

Voorlichting aan de patiënt

- 1 Door wie en wanneer is de patiënt voorgelicht over de huidige situatie, het beloop, de prognose van het ziekteproces?

Geen redelijke andere oplossing

- 1 Welke therapeutische en palliatieve alternatieven zijn met patiënt besproken, inclusief de voor- en nadelen en wat was de mening van de patiënt daarover?
- 2 Welke therapeutische maatregelen zijn ingezet en wat was daarvan het resultaat?
- 3 Welke palliatieve maatregelen zijn ingezet en wat was daarvan het resultaat? Methoden, middelen en dosering noemen.

Onafhankelijk arts

- 1 Welke artsen zijn geraadpleegd? Voeg consultatieverslagen toe aan uw dossier.
- 2 Wanneer hebben de geraadpleegde artsen de patiënt bezocht?
- 3 Motiveer waaruit blijkt dat u en de geraadpleegde artsen onafhankelijk zijn ten opzichte van elkaar.
- 4 Had de geraadpleegde arts een behandelrelatie met de patiënt?

Medisch zorgvuldige uitvoering

- 1 Was er sprake van: levensbeëindiging op verzoek (de arts dient de dodelijke middelen toe); hulp bij zelfdoding (de patiënt ontvangt van de arts de middelen die de patiënt zelf inneemt); een combinatie van beide.
- 2 Door wie werd euthanasie/hulp bij zelfdoding verleend?
- 3 Met welke middelen, in welke dosering en via welke toedieningsweg werd het leven beëindigd? Wat was het tijdsverloop?
- 4 Deden zich bij de uitvoering problemen voor? Zo ja, beschrijf deze en beschrijf uw handelwijze.

8 Betrokken professionals

Verpleegkundigen en verzorgenden

Als er verpleegkundigen of verzorgenden bij de uitvoering betrokken worden, geeft de arts hen informatie over de geplande uitvoering van de euthanasie. Verpleegkundigen en verzorgenden mogen voorbereidende handelingen verrichten, zoals de kamer in orde maken, een infuus aanleggen of i.v. naald prikken. Als vuistregel geldt dat zij geen handelingen mogen verrichten die rechtstreeks de levensbeëindiging tot gevolg hebben. Alleen de arts mag uitvoerende handelingen verrichten. Verpleegkundigen en verzorgenden mogen op basis van gewetensbezwaren besluiten niet mee te werken aan euthanasie.

Apotheker

De aanvraag voor de euthanatica wordt rechtstreeks door de arts bij de apotheker ingediend. Om de juiste middelen en dosering te kunnen bepalen, geeft de arts de apotheker voldoende relevante informatie over de patiënt en de afgesproken methode. De arts haalt ook zelf de euthanatica op. De apotheker geeft uitleg over de middelen en de juiste wijze van toediening en let daarbij ook op eventuele andere medicatie die de patiënt gebruikt. De wet biedt apothekers geen ruimte voor een oordeel over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Na de uitvoering van euthanasie brengt de arts de restanten van de euthanatica terug naar de apotheek en vult samen met de apotheker een evaluatieformulier van de KNMP in. Ga tijdig na of de apotheker van de patiënt bereid is de euthanatica te leveren. Een apotheker is namelijk niet verplicht aan euthanasie mee te werken.

Lijkschouwer

Euthanasie is een niet-natuurlijke dood. Wanneer een arts euthanasie heeft verleend, moet hij dit daarom melden bij de gemeentelijke lijkschouwer. De lijkschouwer schouwt het stofelijk overschot (uitwendig) en gaat na hoe en met welke middelen het leven van de patiënt is beëindigd. Hij controleert of de benodigde documenten, waaronder het verslag van de arts

en het verslag van de consulent, aanwezig zijn en verzamelt eventuele andere aanvullende documenten, zoals een schriftelijke wilsverklaring, een medisch journaal en/of specialistenbrieven. Alle ampullen, flacons en verpakkingen die gebruikt zijn voor de euthanasie, moeten worden bewaard tot de gemeentelijk lijkschouwer ze heeft gezien.

De lijkschouwer neemt contact op met de officier van justitie die een verklaring van geen bezwaar afgeeft waarna de ambtenaar van de burgerlijke stand het verlof tot begraven of cremen afgeeft.

De lijkschouwer stuurt vervolgens de documenten door naar de bevoegde Regionale Toetsingscommissie Euthanasie.

Het is aan te bevelen de gemeentelijk lijkschouwer vooraf in te lichten over de geplande euthanasie. Dit kan de procedure na de uitvoering van de euthanasie aanmerkelijk bekorten. Vooral in een thuissituatie kan het vervelend zijn als de nabestaanden lang moeten wachten tot het lichaam van de overledene wordt vrijgegeven.

SCEN-arts

Voor steun en voor consultatie in verband met een verzoek om euthanasie kunnen behandelend artsen contact opnemen met een SCEN-arts. De SCEN-arts kan informatie en advies geven over de procedure, juridische, ethische en communicatieve aspecten en de medisch-technische uitvoering van euthanasie. Dit betreft meestal een eenmalig contact, het is niet de bedoeling dat de SCEN-arts langdurige begeleiding geeft tijdens het proces voorafgaand aan de uitvoering van euthanasie.

Ook kan de behandelend arts voor een gesprek achteraf bij een SCEN-collega terecht over het (emotionele) verloop van de uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding.

SCEN-artsen zijn ook beschikbaar om als tweede arts een onafhankelijk advies aan de behandelend arts te geven bij een euthanasieverzoek. Deze formele consultatie is een wettelijke vereiste: de arts die voornemens is een euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen, moet volgens de euthanasiewet een tweede arts om een onafhankelijk advies vragen.

Platform Euthanasie en Psychiatrie

De speciaal opgeleide en onafhankelijke psychiaters van het Platform Euthanasie en Psychiatrie (dat ressorteert onder de NVvP) staan collega's bij die een verzoek om hulp bij zelfdoding krijgen van een patiënt. Steun kan zowel telefonisch als persoonlijk worden gegeven. Het kan hierbij gaan om praktische voorlichting, meedenken over nog aan- of afwezige behandel mogelijkheden, interpretatie van de zorgvuldigheidseisen, verslaglegging, de vraag hoe in de praktijk de hulp bij zelfdoding zal verlopen en om emotionele steun. Ook kunnen de psychiaters van het platform gevraagd worden een second opinion te verrichten met betrekking tot de wilsbekwaamheid, reële behandelopties en de uitzichtloosheid van het lijden. Het platform is voor informatie en advies ook in te schakelen door geneesheer-directeuren, Raden van Bestuur van psychiatrische instellingen, huisartsen en somatisch specialisten.

Consulent euthanasie Levenseindekliniek

In 2015 introduceerde de Levenseindekliniek de 'consulent euthanasie'. Dit zijn gespecialiseerde (psychiatrisch) verpleegkundigen die zeer ervaren zijn op het gebied van euthanasie. De consulenten bieden artsen die een euthanasieverzoek hebben gekregen, begeleiding op maat. Dat betekent dat de arts zelf kan aangeven wat hij nodig heeft. Het kan gaan om telefonisch advies, intensief mailcontact, een persoonlijk gesprek, tot begeleiding tijdens het gehele euthanasietraject. De consulent kan de arts ondersteunen bij het (voor)onderzoek naar het euthanasieverzoek, bij de verslaglegging en dossiervorming, de communicatie met de patiënt en de daadwerkelijke uitvoering.

Toetsingscommissie

Verdeeld over Nederland zijn er vijf Regionale Toetsingscommissies Euthanasie die achteraf beoordelen of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van de wet. De arts krijgt een ontvangstbevestiging van de melding. Heeft de commissie nog vragen of behoefte aan nadere informatie, dan wordt de arts telefonisch, schriftelijk of mondeling gevraagd een toelichting te geven. Binnen zes tot twaalf weken

ontvangt de arts het oordeel. De termijn waarin het oordeel volgt, kan langer duren als de commissie een toelichting wil. Komt de toetsingscommissie tot het oordeel dat de arts een of meer zorgvuldigheidseisen niet heeft nageleefd, dan schrijft de wet voor dat de melding wordt doorgestuurd naar het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze instanties bekijken of zij het oordeel van de commissie delen en welke stappen zij zullen ondernemen. Tot nu toe is nog nooit een arts die een oordeel 'onzorgvuldig' kreeg door het OM vervolgd.

9 Casuïstiek

Onderstaande casuïstiek bevat samengevatte oordelen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE). Ze geven inzicht in de handelwijze van de arts, de behoedzaamheid waarmee met een euthanasieverzoek wordt omgegaan en de overwegingen en het oordeel van de toetsingscommissie. Meer uitspraken die betrekking hebben op psychiatrische aandoeningen zijn te vinden op de website van de RTE, onder het tabblad 'Uitspraken & Uitleg'.

Casus 1⁴

SAMENVATTING

Patiënte, een vrouw van 30-40 jaar, had een borderline persoonlijkheidsstoornis, een posttraumatische stressstoornis en een, met de persoonlijkheidsstructuur samenhangende, neiging tot dissociëren en automutileren. Ook waren er depressieve gevoelens, maar geen klinische depressie. Patiënte was jarenlang opgenomen geweest in psychiatrische inrichtingen in verband met zelfmoordpogingen, automutilatie, depressiviteit, depersonalisatie en onmacht. Zij onderging alle aangeboden behandelingen, maar de klachten namen niet af. De arts, haar behandelend psychiater, vroeg een second opinion bij een collega-psychiater. Deze concludeerde dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van ondraaglijk lijden en van uitzichtloos lijden. Door de consulent werd de arts bevestigd in het oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Patiënte, een vrouw van 30-40 jaar, had een borderline persoonlijkheidsstoornis, een posttraumatische stressstoornis en een, met de persoonlijkheidsstructuur samenhangende, neiging tot dissociëren en automutileren. Ook waren er depressieve gevoelens, zonder dat er sprake was van een klinische depressie.

In de twintig jaar vóór het overlijden is patiënte veertien jaren opgenomen geweest in psychiatrische inrichtingen in verband met zelfmoordpogingen, automutilatie en sterke gevoelens van depressiviteit, depersonalisatie en onmacht. Gedurende de lange opnameperiode zijn haar klachten niet wezenlijk verbeterd en is haar sociaal functioneren eerder verslechterd dan verbeterd.

Vervolgens is zij naar een beschermde woonvorm verhuisd, waarbij zij onder behandeling kwam van een klinisch psycholoog/psychotherapeut, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de arts, een psychiater. In die periode heeft zij een EMDR-therapie, een VERS-training, een stabilisatiecursus en op structuur gerichte dagbehandelingen gehad en is zij verschillende keren opgenomen geweest onder andere om de medicamenteuze behandeling optimaal in te stellen. Zij greep alle behandelingen die haar werden aangeboden aan en zette zich ervoor in, maar de klachten namen niet af.

Ongeveer een jaar voor het overlijden heeft patiënte een tentamen suïcide gedaan. Daarna heeft zij een euthanasievraag bij haar behandelaren, onder wie de arts, neergelegd. Patiënte heeft vervolgens nog een behandeling met lithium en quetiapine gehad. Echter zonder het gewenste resultaat. Ook is een intensieve behandeling voor haar persoonlijkheidsstoornis voorgesteld, maar het bleek dat er geen behandeling mogelijk was in een voor patiënte haalbare setting. Volgens de arts had patiënte alle noodzakelijke behandelingen gehad die gericht waren op vermindering van de klachten dan wel het er meer controle over verwerven, echter zonder resultaat en in ieder geval zonder vermindering van de lijdensdruk. De arts heeft nog een second opinion gevraagd bij een collega psychiater, die bevestigde dat de relevante behandelingen waren gedaan.

Het lijden van patiënte bestond uit vrijwel continue gespannenheid, forse problemen met haar emotieregulatie en het overweldigd worden door herbelevingen die zij niet kon hanteren, zoals herinneringen aan pesterijen. Zij ervoer gevoelens

van leegte en dissociatie. Zij leed onder innerlijke pijn en herbelevingen van diepe en heftige trauma's. Ook leed zij onder nachtmerries en de herrie in haar hoofd, waardoor zij nooit rust had en uitgeput was geraakt. Patiënte voelde zich minderwaardig en was niet in staat om haar zelfbeeld te corrigeren. Zij ervoer contacten met anderen snel als een bedreiging en het alledaagse leven was voor haar een constante, (bijna) onmogelijke, opgave. Zij ervoer onmacht om iets te kunnen veranderen aan haar situatie. Spanning en gevoelens van leegte reguleerde zij met automutilatie. Ook had zij eetproblemen en last van dwanggedachten en -handelingen.

Patiënte had een zeer lang bestaande doodswens, die zij de afgelopen jaren consistent had geuit. Nadat zij de afweging had gemaakt zich niet te suïcideren heeft zij, acht maanden voor het overlijden, voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken. Anderhalve maand voor het overlijden heeft patiënte de arts om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Ruim een maand voor het overlijden heeft de arts een second opinion aangevraagd bij een collega psychiater. Na onderzoek van patiënte kwam de psychiater tot de conclusie dat er sprake was van een vrijwillig en duurzaam verzoek op grond van een als ondraaglijk ervaren lijden bij een in behandelopzicht uitzichtloos gebleken psychisch ziektebeeld. Volgens de psychiater verzag patiënte de consequenties van haar verzoek.

Na dossieronderzoek was de psychiater er van overtuigd dat de relevante behandelingen hadden plaatsgevonden. Haar familie stond achter haar verzoek en ook de psychiater kon achter de uitvoering van haar verzoek staan. Volgens de arts was patiënte wilsbekwaam en was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook was hij er van overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

De commissie overweegt dat er in het geval dat er sprake is van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek tot euthanasie. Naar het

oordeel van de commissie heeft de arts dat in de onderhavige casus ook gedaan. De arts heeft immers, naast de onafhankelijke SCEN-arts, een collega psychiater geraadpleegd, die zich uitsprak over de wilsbekwaamheid van patiënte en die concludeerde dat er geen relevante behandelopties meer waren. Patiënte was in staat om de gevolgen van haar beslissing te overzien, haar wens was consistent en al langere tijd aanwezig. Door de consulent werd de arts bevestigd in zijn oordeel dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan en dat met name na een leven in de intramurale psychiatrie het lijden van patiënte uitzichtloos was, dat haar wens al zeer lang bestond en weloverwogen was en dat er voor haar geen reële alternatieven meer waren.

Oordeel:

Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Casus 1⁵

SAMENVATTING

Een vrouw met ernstige psychische problemen bij wie geen behandeling voldoende aansloeg, vroeg om euthanasie. Omdat haar behandelend psychiater niet kon ingaan op haar euthanasieverzoek, meldde zij zich bij de Stichting Levensindekliniek (SLK). Na overleg met haar behandelend psychiater en het raadplegen van twee onafhankelijke psychiateren kwam de SLK-arts tot de overtuiging dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Patiënte, een vrouw van 40-50 jaar, was al jaren bekend met een sterke verdenking op een persoonlijkheidsstoornis met ontwijkende en borderline kenmerken die leidde tot een chronische depressie en een posttraumatische stressstoornis (PTSS) met dissociatieve toestandsbeelden waarbij ernstige automutilatie optrad. In haar jeugd was zij ernstig getraumatiseerd.

Patiënte onderging uitgebreide behandelingen zoals medicamenteuze behandelingen, ambulante psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, groepstherapie en behandeling gericht op traumabehandeling. Patiënte probeerde alle voorgestelde behandelingen. Deze hadden echter geen blijvend positief effect op haar klachten. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit de herbelevingen en de dissociaties met forse automutilatie als gevolg. Patiënte was de hele dag in haar hoofd bezig met haar gedachten, zij kon die gedachtestroom niet stil zetten. Patiënte was moe en eenzaam, zag geen enkel lichtpuntje meer en kon de gedachte dat zij haar hele leven depressief zou zijn met dissociaties die leiden tot forse automutilatie, niet verdragen. Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.

Vier maanden voor het overlijden spraken patiënte en de arts, verbonden aan de SLK, voor het eerst over euthanasie. Patiënte heeft de arts daarbij direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Sindsdien hebben arts en patiënte nog vijf gesprekken gevoerd. Ook sprak de arts met haar behandelend specialisten. Op verzoek van de arts hebben twee onafhankelijke psychiaters een second opinion uitgevoerd vanwege het euthanasieverzoek van patiënte. Beide psychiaters kwamen tot de conclusie dat patiënte wilsbekwaam was en dat er sprake was van een vrijwillig en herhaald geuit verzoek van patiënte. Patiënte overtuigde hen ervan dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Zij concludeerden dat er geen reëel perspectief op verbetering van de kwaliteit van leven was binnen de huidige stand van de wetenschap. De consultant was van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De commissie overweegt dat er in het geval er sprake is van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek om euthanasie. Naar het oor-

deel van de commissie heeft de arts dat in de onderhavige casus ook gedaan. De arts heeft in overleg met de behandelend psychiaters van patiënte een traject doorlopen, van ongeveer vier maanden waarin zes gesprekken met patiënte hebben plaatsgevonden en waarin nauwkeurig is bekeken of er nog behandelingsmogelijkheden voor patiënte waren. Daarbij heeft de arts aan twee onafhankelijke psychiaters een second opinion gevraagd en heeft de arts een onafhankelijke consulent geraadpleegd. De arts is mede naar aanleiding van hun bevindingen tot de overtuiging gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, met name ook dat er sprake was van een wilsbekwame patiënte, van een uitzichtloos lijden en van het ontbreken van reële behandel mogelijkheden.

Oordeel:

Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

4 Bron: Regionale Toetsingscommissie Euthanasie Jaarverslag 2014.

5 Bron: Regionale Toetsingscommissie Euthanasie Jaarverslag 2015.

10 Informatie

Richtlijnen en brochures

Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychiatrische aandoening, NVVP, 2018
www.nvvp.net

EuthanasieCode 2018, RTE, 2018
www.euthanasiecommissie.nl

KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, KNMP/KNMG, 2012
www.knmg.nl

Handleiding voor het betrekken van de familie bij psychiatrische patiënten die om euthanasie verzoeken, Stichting Euthanasie in de Psychiatrie, 2017
www.euthanasieindepsychiatrie.nl

Goede steun en consultatie bij euthanasie, KNMG
www.scen.nl

Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie, Nederlandse Transplantatie Commissie, 2017
www.transplantatiestichting.nl

Steun en advies

SCEN
scen@fed.knmg.nl
T 088-440 42 28
www.scen.nl

Platform Euthanasie en Psychiatrie
T 030-282 33 03
www.nvvp.net

Consulent euthanasie Stichting Levensindekliniek

consulent@levenseindekliniek.nl

T 070-352 41 41

www.expertisecentrummeuthanasie.nl

Adviescentrum NVVE

advies@nvve.nl

T 020-620 06 90

www.nvve.nl

Belangrijke telefoonnummers

Telefoonlijst SCEN-artsen in uw regio

www.scen.nl

Telefoonlijst gemeentelijk lijkschouwers

www.ggd.nl

