



Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis

- SAMENVATTING -

*Door: Henk Corthals, Cécile Gijsbers van Wijk (voorzitter), Ad Kerkhof, Lucas Koch, Johan Legemaate, Paulan Stärcke, Guy Widdershoven.
Met ondersteuning van Margriet Moret-Hartman.*



Definities

Euthanasie:	Opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene (door een arts) op diens uitdrukkelijk verzoek.
Hulp bij zelfdoding:	Opzettelijk voorschrijven of verstrekken van middelen (door een arts) waarmee betrokkene zelf het leven kan beëindigen.
Levensbeëindiging:	Overkoepelend begrip voor de begrippen euthanasie en hulp bij zelfdoding.
Arts:	De arts die het verzoek tot levensbeëindiging ontvangt en eventueel beoordeelt en uitvoert; binnen de context van deze richtlijn kan dat zowel een psychiater als een andere arts zijn. In de tekst wordt bij verwijzing naar de arts of de patiënt het woord 'hij' gebruikt; uiteraard geldt dat hierbij in plaats van 'hij' ook 'zij' gelezen kan worden.
Behandelperspectief:	Behandelperspectief op te vatten in brede zin, dat wil zeggen dat het zich niet beperkt tot interventies op klinisch herstel maar ook interventies omvat gericht op het ondersteunen van herstel op andere domeinen (maatschappelijk, persoonlijk) die kunnen leiden tot een acceptabele kwaliteit van leven met de stoornis.
Second opinion:	Beoordeling die primair gericht is op de resterende behandelmogelijkheden door een onafhankelijk psychiater met specifieke deskundigheid op het gebied van de stoornis van de patiënt (in de beoordelingsfase)
Consultatie:	Beoordeling door een onafhankelijk consulent (psychiater met SCEN-opleiding of SCEN-arts) die zich een eigen oordeel vormt over de mate waarin voldaan wordt aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria (in de consultatiefase)

Inleiding

Levensbeëindiging op verzoek is binnen het kader van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl, 2001) niet alleen mogelijk bij patiënten met een lichamelijke aandoening, maar ook bij patiënten met een psychische stoornis. In dit laatste geval is extra behoedzaamheid vereist. Daarom is een afzonderlijke richtlijn opgesteld voor patiënten met een psychische stoornis. Ten opzichte van de eerdere versie (NVvP, 2009) is de richtlijn geactualiseerd; de reikwijdte van de richtlijn is verbreed van psychiaters naar *alle* artsen, en de rol en positie van familie en naasten in het proces is verstevigd. De richtlijn is geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), goedgekeurd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en tot stand gekomen in samenwerking met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

In dit stuk wordt de richtlijn samengevat. De volledige richtlijn (incl. eventuele updates van de afzonderlijke modules) is te vinden op de website: www.richtlijndatabase.nl

De opbouw is als volgt:

1. Uitgangspunten
2. Fasen in het proces van verzoek tot uitvoering
3. Verslaglegging, melding en nazorg
4. Specifieke patiëntgroepen
5. Implementatie



1. Uitgangspunten

De Wtl (2001) vormt het wettelijk kader

De wet regelt dat artsen niet strafrechtelijk worden vervolgd bij het verlenen van euthanasie of hulp bij zelfdoding als zij zich houden aan de zorgvuldigheidseisen die in de wet zijn opgenomen. De zes zorgvuldigheidseisen, zoals in de wet geformuleerd, zijn de volgende:

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

De criteria van de wet zijn van toepassing bij wilskwame patiënten, ongeacht of de patiënt lijdt aan een lichamelijke aandoening of een psychische stoornis. Naleving van de wet, in het bijzonder of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, wordt getoetst door de vijf Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's) aan de hand van het eindverslag als opgemaakt door de behandelend respectievelijk uitvoerend arts.

De EuthanasieCode 2018 (www.euthanasiacommissie.nl) geeft een overzicht van de aspecten die de commissies relevant achten bij de uitoefening van hun wettelijk taak, het toetsen van de meldingen. Het oordeel van de RTE's is bepalend voor de mogelijkheid van vervolgstappen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) of het Openbaar Ministerie (OM).

Een vastgestelde psychische stoornis vormt de medische grondslag

De richtlijn is geschreven voor patiënten met een vastgestelde psychiatrische aandoening of psychische stoornis als vastgelegd in een beschrijvende diagnose en bijbehorende DSM-5 classificatie. Verzoeken van patiënten met dementie of een verstandelijke beperking als hoofddiagnose, als ook verzoeken van patiënten/personen met een 'voltooid leven', vallen buiten het bestek van deze richtlijn.

In het geval van de aanwezigheid van meerdere psychische stoornissen (comorbiditeit) dienen deze alle in de beoordeling en verslaglegging te worden betrokken.

Vanzelfsprekend vallen patiënten bij wie de grondslag van het verzoek primair een lichamelijke aandoening is hier buiten beschouwing, maar elementen uit de richtlijn kunnen wel houvast bieden bij verzoeken van patiënten met een lichamelijke aandoening en comorbide psychiatrische problematiek.

Levensbeëindiging op verzoek is buitengewoon medisch handelen

Levensbeëindiging op verzoek is een buitengewone medische handeling en te beschouwen als een ultimum refugium. Vereist is dat het verzoek van de patiënt vrijwillig en weloverwogen is, er sprake is van ondraaglijk ervaren lijden en alle reële mogelijkheden om dat lijden te verlichten, zijn uitgeput.

Er rust op de individuele arts nooit een morele noch een juridische plicht om hulp bij levensbeëindiging te bieden aan patiënten met een psychische stoornis. Evenmin bestaat er een



recht op hulp bij levensbeëindiging voor de patiënt. Een arts kan zich om meerdere (professionele, medisch-ethische, persoonlijke, situationele) redenen niet bekwaam of in staat voelen het verzoek te beoordelen of uit te voeren. Wel heeft elke arts de plicht om zorgvuldig op het verzoek te reageren. Een arts die een verzoek principiële weigert in te willigen, dient dit standpunt tijdig aan de patiënt duidelijk te maken. Hoewel de arts strikt genomen geen verwijsplicht heeft, heeft de arts wel een professionele en morele verantwoordelijkheid om de patiënt hulp te bieden bij het vinden van een andere arts.

Anderzijds is het juist de opzet van deze nieuwe richtlijn te snelle verwijzingen (naar collegae, de GGZ of de Levensindekliniek) uit handelingsverlegenheid of gebrek aan kennis of kunde te voorkomen.

Levensbeëindiging op verzoek moet onderscheiden worden van suïcidaal gedrag

Levensbeëindiging op verzoek vereist een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Bij patiënten die op grond van een psychische stoornis suïcidaal gedrag vertonen, gaat het in de regel om impulsief gedrag als uitingvorm van de onderliggende psychopathologie, is de patiënt veelal niet of niet volledig wilsbekwaam, valt er vaak redelijkerwijs van behandeling resultaat te verwachten en wordt doorgaans geen derde gevraagd om uitvoering aan de doodswens geven. Bij acute suïcidale intenties moet de patiënt daarom beschermd en beveiligd worden, desnoods met dwangmaatregelen binnen het van toepassing zijnde wettelijk kader, en moet de onderliggende problematiek behandeld worden.

De patiënt die een verzoek tot levensbeëindiging doet, zal, paradoxaal genoeg, zijn wens slechts vervuld zien wanneer hij in staat is eventuele suïcidale impulsen gedurende het (soms langdurige) traject te beheersen. De arts kan namelijk niet afzien van het nauwgezet beoordelen van de wettelijke zorgvuldigheidseisen, ook niet vanwege de dreiging van suïcide op korte termijn.

Niet alleen tijdens een langdurig traject in het kader van een verzoek om levensbeëindiging, maar ook na afwijzing van een verzoek dient men rekening te houden met een reëel risico op suïcide en dient daarop passend gehandeld te worden.

Niet onbelangrijk is het gegeven dat het begrip ‘euthanasie’ toenemend in de belangstelling staat. De suïcidale patiënt benoemt zijn doodswens vaker dan vroeger in de vorm van een euthanasieverzoek. De arts dient zich bewust te zijn van deze semantische verschuiving in de taal van de patiënt.

Het is goed voortdurend te beseffen dat psychisch lijden zich niet beperkt tot patiënten met een psychische stoornis. Ook door vele andere oorzaken kunnen mensen in een uitzichtloze situatie verkeren of terecht komen in door hen als ondraaglijk ervaren psychisch lijden, en vrijwillig en weloverwogen tot het besluit komen om zelf uit het leven te (willen) stappen.

Levensbeëindiging op verzoek met als primaire grondslag een psychische stoornis vergt een multidisciplinaire benadering

Aangezien het bij levensbeëindiging op verzoek als regel gaat om ernstige en langdurige psychische stoornissen zijn vrijwel altijd meerdere disciplines (psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, huisartsen, geestelijk verzorgers, verpleegkundigen etc.) betrokken of betrokken geweest. De arts dient zich minimaal op de hoogte te stellen van hun bevindingen en visie.

Moreel beraad vormt een goede methodiek om binnen een behandelteam het verzoek van de patiënt in een multidisciplinair overleg en vanuit verschillende gezichtspunten te wegen.

In een GGZ-setting is het aan te bevelen altijd de geestelijk verzorger en de geneesheer-directeur bij een verzoek te betrekken.



Familie en naasten van de patiënt dienen in elke fase van het proces betrokken te worden

Familie en naasten hebben wettelijk geen formele positie in de besluitvorming over levensbeëindiging op verzoek bij een dierbare. In alle fasen van het proces hebben zij echter een belangrijke inbreng vanuit uiteenlopende rollen en behoeftes. Vanuit de emotionele betrokkenheid als ouder, kind, partner of vriend(in) is er behoefte aan betrokkenheid bij de besluitvorming.

Als informatiebron voor de behandelaar hebben familie en naasten waardevolle kennis over de persoon van de patiënt en diens voorgeschiedenis. Zij kunnen aangeven welke behandelopties of ondersteuning het perspectief wellicht nog kunnen bevorderen en het leven voor de patiënt weer zin en betekenis kunnen geven.

Als nabestaanden die het overlijden van een dierbare een plaats moeten (gaan) geven, bestaat er vaak een eigen hulpvraag en is er behoefte de eigen ervaringen en zorgen te kunnen delen. Nazorg bij de rouwverwerking, op geleide van de behoeftes van de nabestaanden, is essentieel.

Vanuit het oogpunt van privacy en het medisch beroepsgeheim (WGBO) is het niet toegestaan dat de arts tegen de wens van de patiënt in contact opneemt met familie en naasten. Als de patiënt contact met de familie afwijst, meent de commissie dat de arts het traject slechts kan voortzetten na een uiterste inspanning om de patiënt te motiveren hen alsnog te betrekken. Dit tenzij er zwaarwegende redenen zijn van contact af te zien. In zeldzame gevallen en met een zorgvuldige en gedegen onderbouwing kan de arts dan het traject voortzetten zonder contact met naasten.

2. Fasen in het proces van verzoek tot uitvoering

De verzoekfase (1)

Dit is de fase tijdens het proces waarin de patiënt een verzoek tot levensbeëindiging bespreekt met de arts en een eerste exploratie van het verzoek plaatsvindt. De volgende aanbevelingen zijn daarbij van belang.

- De arts maakt de doodswens bespreekbaar en zorgt dat de patiënt zich gehoord en serieus genomen voelt door in het contact te streven naar openheid, duidelijkheid, wederzijds begrip en respect, en compassie voor het lijden. Bij signalen uit de omgeving van de patiënt brengt hij het onderwerp zelf actief in.
- De arts kent zijn eigen belemmeringen, zowel principiële (levensovertuiging, geloof, opvatting over hulp bij levensbeëindiging bij psychische stoornissen) als persoonlijke (de eigen doodsangst, recente verlieservaringen, de relatie tot de patiënt), om vrijuit te kunnen spreken over de doodswens van de patiënt. Hij onderkent het eigen vermijdingsgedrag of doctor's delay in het bespreken van het verzoek.
- De arts neemt voldoende tijd om de achtergronden van het verzoek van de patiënt grondig te exploreren wat betreft duurzaamheid, beweegredenen, zorgvuldigheidseisen en de positie van familie en naasten.
- De arts onderscheidt suïcidaliteit van een verzoek tot hulp bij levensbeëindiging, zorgt bij suïcidaliteit voor een beoordeling van het suïciderisico, en stemt zijn behandelbeleid daarop af. Als de arts geen psychiater is, raadpleegt hij een psychiater.
- De arts informeert de patiënt over de procedure en de te verwachten tijdsduur van het traject, zonder verwachtingen te wekken ten aanzien van de inwilliging van het verzoek of het resterende behandelperspectief.

Bij de besluitvorming van de arts om het traject van levensbeëindiging op verzoek al dan niet in te gaan gelden de volgende aanbevelingen.

- De arts bespreekt in een vroeg stadium open met de patiënt of hij vanuit zijn persoonlijke standpunt principiële bezwaren heeft tegen hulp bij levensbeëindiging.
- De arts besluit de procedure levensbeëindiging op verzoek al dan niet te starten op grond van zijn globale afweging van de wettelijke zorgvuldigheidseisen, en legt zijn beslissing uit aan de patiënt en zo mogelijk familie en naasten.
- De arts verleent de patiënt tijdig voldoende hulp bij het vinden van een andere arts wanneer hij geen hulp bij levensbeëindiging verleent en zorgt voor een adequate overdracht.
- De arts bespreekt met de patiënt of en hoe hij de behandeling voortzet wanneer naar zijn oordeel (nog) niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen, met bijzondere aandacht voor de vervolgbehandeling (behandelplan en behandeldoelen) en suïciderisico, en voor het betrekken van familie en naasten daarbij.

Wanneer een arts concludeert dat overduidelijk niet aan de eerste vier zorgvuldigheidseisen wordt voldaan, is een verwijzing niet zinvol en schept het onjuiste verwachtingen bij de patiënt en diens familie en naasten.

De beoordelingsfase (2)

In de beoordelingsfase moet de arts in eerste instantie zelf tot de overtuiging komen dat voldaan is aan de eerste vier zorgvuldigheidseisen, m.a.w. of:

- het verzoek vrijwillig en weloverwogen is
- het lijden uitzichtloos en ondraaglijk is
- de patiënt voorgelicht is over diens situatie en vooruitzichten
- er geen redelijke andere oplossing beschikbaar is

Pas nadat de arts deze vragen zelf bevestigend heeft beantwoord, kan hij overgaan naar de consultatiefase. Om tot een afgewogen besluit te komen dient de arts:

- een second opinion te laten verrichten
- overige betrokken behandelaren te raadplegen (bilateraal en multidisciplinair)
- familie en naasten te spreken

Second opinion (expert opinion)

De arts zorgt - ongeacht achtergrond, deskundigheid of specialisatie - voor de aanvraag van een second opinion over de diagnose(n) en de resterende behandelmogelijkheden door een onafhankelijk psychiater met specifieke deskundigheid inzake de stoornis van de patiënt en die bij voorkeur verbonden is aan een gespecialiseerd team, topreferent centrum of academische polikliniek, voor zover mogelijk binnen de eigen regio.

Het is wenselijk om daarnaast ook een beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake van het verzoek om levensbeëindiging aan te vragen. Hierdoor kan een eventuele volgende consultatiefase sneller verlopen. De second opinion als voorwaarde voor een goede besluitvorming is vroeg in het traject opgenomen om te voorkomen dat voortijdig (en onvoldoende onderbouwd) overgegaan wordt tot de formele consultatie. Mondeling vooroverleg is wenselijk.

De second opinion in de beoordelingsfase dient nadrukkelijk onderscheiden te worden van de onafhankelijke consultatie in de volgende fase, de consultatiefase. De formele consultatie wordt pas aangevraagd als de eigen besluitvorming door de betreffende arts is afgerond. Om verwarring bij de patiënt (en familie of naasten) te voorkomen, dient deze hierover goed te worden voorgelicht.



De psychiater die de second opinion verricht, dient de patiënt zelf te onderzoeken en op de hoogte te worden gebracht van het kader waarbinnen de vraag wordt gesteld. De psychiater dient onafhankelijk te zijn, met andere woorden geen directe (persoonlijke of werkgerelateerde) relatie met de arts of de patiënt te onderhouden of in het (recente) verleden te hebben gehad. Het is niet per se nodig dat de arts en de psychiater die de second opinion verricht bij verschillende instellingen werken.

In uitzonderingsgevallen kan de second opinion uitgevoerd (of mede uitgevoerd) worden door een andere beroepsbeoefenaar dan de psychiater, indien deze bij uitstek de specifieke deskundigheid bezit op het gebied van de aandoening van de patiënt. Te denken valt aan een verslavingsarts als de grondslag van het verzoek een ernstige en therapieresistente verslaving betreft, een AVG-arts bij een comorbide verstandelijke beperking, een klinisch geriater bij een oudere patiënt met psychiatrische én somatische comorbiditeit, of een klinisch psycholoog dan wel psychotherapeut indien het lijden primair bepaald wordt door een persoonlijkheidsstoornis. In de verslaglegging dienen de inhoudelijke gronden waarop voor een andere professional wordt gekozen duidelijk vermeld te worden.

Wilsbekwaamheid wordt in Nederland vastgesteld door een arts. In het geval van een verzoek om levensbeëindiging op basis van een psychische stoornis dient in formele zin een psychiater de wilsbekwaamheid inzake het verzoek te beoordelen, hetzij tijdens de beoordelingsfase, hetzij tijdens de consultatiefase.

De psychiater die de second opinion uitvoert dient een beredeneerd verslag op te maken, dat ten minste de volgende elementen bevat:

- de persoonsgegevens van de beoordelend psychiater
- de positiebepaling ten opzichte van de arts en de patiënt (onafhankelijkheid)
- een samenvatting van het mondeling vooroverleg tussen arts en beoordelend psychiater
- een samenvatting van het psychiatrisch onderzoek, het oordeel over de psychiatrische diagnose(n), de redelijke resterende behandelmogelijkheden
- zo mogelijk een oordeel over de wilsbekwaamheid ter zake van het verzoek
- een conclusie

Bilateraal en multidisciplinair overleg

Om in de beoordelingsfase tot een afgewogen besluit te komen dient de arts waar mogelijk en relevant andere zorgverleners in kaart te brengen en te raadplegen. Hierbij valt onder meer te denken aan overleg met vorige of bestaande behandelaars, verpleegkundigen, huisarts, geestelijk verzorger, of ervaringsdeskundige; bilateraal en daarnaast bij voorkeur in een multidisciplinaire overlevorm zoals het moreel beraad.

Bespreken van het verzoek met familie en naasten

Het is belangrijk reeds in een vroeg stadium de patiënt duidelijk te informeren dat familie en naasten bij het gehele proces betrokken dienen te worden, maar dat zij geen beslissingsbevoegdheid hebben.

Alleen bij hoge uitzondering en na intensief overleg met de patiënt kan afgeweken worden van het betrekken van familie en naasten bij het proces (of een deel daarvan).

Vrijwillig en weloverwogen verzoek (eerste zorgvuldigheidseis)

Het verzoek is *vrijwillig* als het verzoek niet ingegeven wordt door druk vanuit de omgeving én niet ingegeven wordt louter door de stoornis zelf.

Soms geeft een patiënt aan dat hij zijn omgeving niet langer tot last wil zijn. Een dergelijke uitspraak kan erop wijzen dat het de patiënt niet primair om zijn eigen lijden te doen is, maar om



het leed dat hij anderen bezorgt. Men kan dan twijfelen aan de vrijwilligheid en deze nader onderzoeken. De ervaring tot last te zijn voor dierbaren kan uiteraard ook bijdragen aan de lijdensdruk van de patiënt en verdient in die zin ook erkenning.

Vrijwilligheid kan worden ondergraven doordat de patiënt louter onder invloed van zijn stoornis tot zijn verzoek komt, bijvoorbeeld wanneer hij overmand wordt door gevoelens van angst of wanhoop. De aanwezigheid van een psychische stoornis hoeft als zodanig de vrijwilligheid niet te belemmeren. De vraag is steeds of de aandoening het verzoek motiveert of dat de patiënt met de aandoening het verzoek uit.

Het vermogen van een patiënt om een *weloverwogen* besluit te nemen, gebaseerd op begrip van de situatie, betreft de wilsbekwaamheid; bovendien kent een weloverwogen verzoek een zekere mate van consistentie en duurzaamheid.

Wilsbekwaamheid heeft betrekking op de aard van de beslissing en meer ingrijpende keuzes vereisen een hogere mate van wilsbekwaamheid. Wilsbekwaamheid betreft allereerst de cognitieve vermogens van de patiënt. Daarbij worden vier criteria onderscheiden: het vermogen 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.

De keuze dient in de tweede plaats doorleefd te zijn en gepaard te gaan met bijpassende emoties. Ten derde dient een keuze niet gebaseerd te zijn op een 'pathologische waarde', m.a.w. niet voort te komen uit onderliggende psychopathologie. Denk daarbij aan een depressieve patiënt die gedreven wordt door een alles overspoelend, pathologisch schuldgevoel. In de vierde plaats impliceert wilsbekwaamheid het vermogen om belangrijke waarden in het leven te onderkennen en het leven zo in te richten dat deze daadwerkelijk gestalte krijgen. Hierbij gaat het om het besef dat, gegeven de omvang van het lijden en de daarmee samenhangende beperkingen in het kunnen realiseren van persoonlijke waarden, actieve levensbeëindiging de enig passende manier om het eigen leven af te sluiten.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden (tweede zorgvuldigheidseis)

Uitzichtloosheid houdt in dat er geen uitzicht meer bestaat op het verlichten, verzachten, verdragen of wegnemen van het lijden. Er is geen redelijk behandelperspectief meer. Uitzichtloosheid verwijst in het bijzonder naar de geobjectiveerde visie van de arts over de al dan niet resterende behandelopties bij deze specifieke patiënt. Bij het vaststellen van de uitzichtloosheid is het meewegen van de bevindingen van de second opinion van een onafhankelijke, ter zake kundige, psychiater uiterst relevant.

De *ondraaglijkheid* van het lijden is vooral een subjectief gegeven. Het is niet noodzakelijk dat de ondraaglijkheid door de arts als invoelbaar wordt ervaren. Wel dient de ondraaglijkheid in enige mate begrijpelijk te worden, in de zin dat de arts ervan overtuigd is dat het lijden voor deze specifieke patiënt met deze coping-vaardigheden ondraaglijk is. Bij de inschatting van de ondraaglijkheid wordt kennis over de levensloop, de persoonlijkheid, de coping-vaardigheden en de psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt meegenomen in de beschouwing. Hierbij wordt een inschatting gemaakt van de verhouding tussen draaglast en draagkracht.

Bespreken situatie en vooruitzichten (derde zorgvuldigheidseis)

Voor het nemen van een weloverwogen besluit heeft de patiënt alle relevante informatie over zijn aandoening nodig. De arts zal dus volledig en op een voor de patiënt begrijpelijke wijze uitleg moeten geven over de diagnose, de behandelopties, de te verwachten gewenste en ongewenste effecten van de behandelopties en ten slotte de prognose, of de patiënt nu wel of niet doorgaat met de behandeling.



Geen redelijke andere oplossing (vierde zorgvuldigheidseis)

Er is sprake van afwezigheid van een redelijke andere oplossing als de arts mét de patiënt tot de conclusie is gekomen dat er geen redelijke psychiatrische behandelingen meer mogelijk zijn en herstelondersteunende zorg evenmin perspectief biedt op het verzachten of draaglijk maken van het lijden.

Van een redelijk behandelperspectief is sprake als er zicht is op verbetering bij adequate behandeling binnen een overzienbare termijn én met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Een behandeling kan adequaat genoemd worden als deze naar huidig medisch-wetenschappelijk inzicht voldoet aan de vigerende behandelrichtlijnen en kwaliteitsstandaarden binnen het werkveld.

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. Hoe weegt de patiënt de mogelijke opbrengsten af tegen de belasting? Is de weigering in het licht van de afweging door de patiënt redelijk (ook al zou de arts zelf mogelijk een andere afweging maken)? Indien de arts na overleg de weigering niet als redelijk beschouwt, moet hij het verzoek om levensbeëindiging vooralsnog afwijzen.

De consultatiefase (3)

De wet schrijft voor dat de arts alvorens tot inwilliging van een verzoek om levensbeëindiging in te gaan ten minste één onafhankelijk arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en die schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de eerste vier zorgvuldigheidseisen. Mede vanwege de extra behoedzaamheid die in acht moet worden genomen bij levensbeëindiging op verzoek van een patiënt met een psychische stoornis, zal het bij patiënten met een psychische stoornis bij voorkeur moeten gaan om een psychiater die voldoende deskundig is met betrekking tot de problematiek van de patiënt en die specifiek deskundig is ter zake van euthanasievraagstukken bij psychiatrische patiënten/aandoeningen, met andere woorden: de SCEN-opleiding/training heeft gevolgd. De onafhankelijk consulent heeft mondeling vooroverleg met de aanvragend arts en betreft bij zijn beoordeling ook de verslaglegging van de second opinion.

In het geval dat de aanvragend arts een psychiater is en bij de second opinion naast het behandelperspectief tevens de wilsbekwaamheid al is onderzocht en vastgesteld, kan men in de consultatiefase volstaan met een reguliere SCEN-arts als consulent.

Dit betekent dat er in de consultatiefase twee scenario's denkbaar zijn (zie ook de twee stroomschema's):

De arts is een psychiater. In dit geval raadpleegt de arts als consulent zo mogelijk een psychiater met SCEN-opleiding. Dit is de regel indien bij de eerdere second opinion de wilsbekwaamheid van de patiënt buiten beschouwing is gebleven. Is in het kader van de second opinion de wilsbekwaamheid al wel beoordeeld, dan kan de psychiater ook volstaan met het consulteren van een reguliere SCEN-arts.

De arts is geen psychiater. In dit geval raadpleegt de arts als consulent altijd een psychiater die deskundig is in zake euthanasievraagstukken, m.a.w. die in ieder geval de SCEN-opleiding heeft gevolgd.

De arts is formeel gezien niet verplicht het (eventueel afwijzende) oordeel van de consulent te volgen. De arts kán met de consulent van mening verschillen en toch overgaan tot het verlenen van euthanasie, maar zal dan toch wel zeer sterke argumenten moeten kunnen overleggen om zijn voorgenomen handelen te onderbouwen. Dit is in het bijzonder het geval als de arts zelf geen psychiater is, aangezien de consulent (en eerder de psychiater die de second opinion verrichtte)



dan een deskundigheid heeft waarover de arts niet of niet voldoende beschikt. Bij een fundamenteel verschil van mening is levensbeëindiging op verzoek niet te rechtvaardigen en dient men altijd nog een andere consulent te raadplegen. Dit mede gelet op de extra behoedzaamheid die geldt voor het verlenen van euthanasie aan patiënten met een psychische stoornis. Het kan evenwel niet de bedoeling zijn dat de arts net zo lang door zoekt tot hij een ‘welwillende’ consulent heeft gevonden.

De uitvoeringsfase (4)

Bij de *voorbereiding* van de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek is het uitermate belangrijk aandacht te hebben voor de positie van zowel familie en naasten van de patiënt als van eventuele hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt (huisarts, verpleegkundig team, woonbegeleiding, geestelijk verzorger, thuiszorg etc.). De betrokkenheid bij de uitvoering betreft onder meer het afscheid nemen, meedenken over plaats van uitvoering, geïnformeerd worden over de wijze van uitvoering, eventueel aanwezig zijn bij de uitvoering en de voorbereiding op wat na het overlijden zal gebeuren. De betrokkenheid van familie en naasten dient altijd aandacht te krijgen, ook al kan de patiënt weigeren dat familie of naasten daadwerkelijk bij de uitvoering betrokken worden of aanwezig zijn.

De dienstdoend lijkschouwer of diens organisatie wordt tijdig (meestal 24 uur tevoren) ingelicht over de voorgenomen levensbeëindiging.

Met de apotheek vindt tijdig (bijvoorbeeld een week voorafgaand aan de uitvoering) overleg plaats over de levering van de euthanatica. De arts dient de euthanatica persoonlijk uit de hand van de apotheker te ontvangen. Bij het overleg over de levering van euthanatica, in principe door de eigen apotheek van de patiënt, dient voldoende informatie te worden verschaft over de achtergronden van het verzoek en het besluitvormingsproces om de apotheker in de gelegenheid te stellen zijn eigen verantwoordelijkheid te dragen.

De documentatie ten behoeve van de toetsing door de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie wordt voorbereid.

De *uitvoering*, de wijze waarop en de plaats waar de levensbeëindiging plaatsvindt, evenals degene die aanwezig zullen zijn, is afhankelijk van de individuele situatie en de wensen van de patiënt en diens familie en naasten. De arts spreekt praktische zaken door met de patiënt en overige betrokkenen.

De arts bespreekt met de patiënt dat er twee mogelijkheden voor de uitvoering zijn: de orale methode (drankje met 15 gram pentobarbital) en de intraveneuze methode (coma-inductie met een snelwerkend barbituraat of propofol, waarna een spierrelaxans, meestal rocuronium, wordt toegediend). Hierbij kan de patiënt nog kiezen voor de mogelijkheid dat hij de intraveneuze toediening zelf ontgrendelt (flexomeerpomp). Arts en patiënt kiezen in gezamenlijk overleg voor de meest passende methode. (Huis-)arts en psychiater hebben beiden verschillende deskundigheden; het is zaak zo nodig gebruik te maken van elkaars expertise. Uiteindelijk kan er evenwel maar één verantwoordelijke uitvoerder zijn.

Als de patiënt in een instelling verblijft, moet op het gebied van de uitvoering rekening gehouden worden met het beleid van de instelling. De beslissing om levensbeëindiging op verzoek te verlenen blijft de wettelijke verantwoordelijkheid van de individuele arts (al dan niet psychiater). De locatie van de uitvoering en de begeleiding van derden (familie, naasten, medepatiënten of -bewoners, andere hulpverleners) is onderwerp van overleg met de instelling.

Voor de uitvoering in medisch-technische zin wordt verwezen naar de richtlijn *Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (KNMG/KNMP, 2012).



3. Verslaglegging, melding en nazorg

De arts die euthanasie of hulp bij zelfdoding uitvoert, dient krachtens de wet informatie aan te leveren aan de gemeentelijk lijkschouwer. De verslaglegging moet voldoen aan specifieke eisen. De KNMG heeft hiervoor twee meldingsformulieren beschikbaar gesteld. Deze documentatie vormt de basis voor de melding aan de lijkschouwer en voor toetsing door de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE). De documentatie moet gereed zijn (op details van de uitvoering zelf na) op het moment dat de levensbeëindiging ten uitvoer wordt gebracht. Deze neemt de arts dus mee naar de plaats van handeling.

Onmiddellijk nadat de patiënt is overleden wordt de lijkschouwer gebeld. Deze komt vervolgens schouwen, gaat na of de juiste euthanatica op de juiste wijze zijn toegepast en neemt de documentatie in ontvangst. De lijkschouwer overlegt met de Officier van Justitie, waarna een beslissing wordt genomen of het lichaam wordt vrijgegeven. De lijkschouwer legt de documentatie ter beoordeling voor aan de RTE.

De verslaglegging vindt plaats aan de hand van het *formulier Modelverslag van de behandelend arts* dat is te downloaden van de website van de KNMG. De verslaglegging van een psychiatrische casus vergt veelal specifieke kennis die niet altijd bij iedere arts aanwezig zal zijn. In dat geval wordt documentatie van de (vroegere) behandelaar(s), de second opinion psychiater en de consulent aan de verslaglegging toegevoegd.

Tevens is een te ondertekenen *modelformulier Mededeling van de arts aan de gemeentelijk lijkschouwer* beschikbaar op de KNMG-site. Via dit formulier kan de arts aan de gemeentelijk lijkschouwer melding doen van het overlijden als gevolg van de toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Ook hier kan eerdere documentatie worden toegevoegd, in ieder geval het verslag van de second opinion en de onafhankelijke consulent.

Bij nazorg gelden de volgende aanbevelingen:

- De arts neemt binnen zes weken na het verlenen van levensbeëindiging contact op met nabestaanden om na te gaan of emotionele problemen of mogelijke complicaties in het rouwproces nadere professionele beoordeling en behandeling behoeven.
- De arts zorgt binnen zes weken na het verlenen van levensbeëindiging voor een nabespreking met alle betrokkenen in het team van hulpverleners.

4. Specifieke patiëntgroepen

Jongeren

De wet is van toepassing op verzoeken om levensbeëindiging van mensen van 12 jaar en ouder. Bij een verzoek van een minderjarige van 12 jaar of ouder is raadpleging van een gespecialiseerde (kinder- en jeugd-)psychiater voor de second opinion ten aanzien van de behandelopties cruciaal. Ook bevat de wet in dit geval enkele aanvullende bepalingen met betrekking tot de positie van de met het gezag belaste ouders of voogd:

- Gaat het om een minderjarige van 12 tot en met 15 jaar, dan kan de arts aan een verzoek alleen gehoor geven indien de ouders of de voogd met het verzoek van de minderjarige instemmen.
- Gaat het om een minderjarige van 16 of 17 jaar, dan kan de arts aan een verzoek alleen gehoor geven nadat de ouders of voogd bij de besluitvorming zijn betrokken.



De commissie adviseert grotere (maar niet per definitie absolute) terughoudendheid naarmate de patiënt jonger is. De jongere leeftijd moet in beschouwing genomen worden bij de beoordeling van een aantal aspecten van de zorgvuldigheidseisen:

- Vrijwillig en weloverwogen verzoek. Wilsbekwaamheid is afhankelijk van mentale processen en kan daarom niet alleen door de psychische stoornis maar ook door ontwikkelingsonrijpheid of cognitieve beperkingen verminderd zijn. Hoe jonger de leeftijd, hoe stringenter de maatstaf voor wilsbekwaamheid moet zijn.
- Geen redelijke andere oplossing. Naarmate de voorgeschiedenis korter en de levensverwachting langer is, is er een grotere kans dat de situatie alsnog verbetert door behandeling of door het natuurlijk beloop. Door de kortere duur van de behandelgeschiedenis is het aantal resterende behandelopties, en daarmee het behandelperspectief, theoretisch groter. Hoe jonger de patiënt, hoe langer de overzienbare termijn mag zijn die acceptabel geacht wordt.

Patiënten met een lichte verstandelijke beperking

Indien naast de psychische stoornis tevens sprake is van een (lichte) verstandelijke beperking, vraagt dit bijzondere aandacht voor de inschatting van de wilsbekwaamheid.

Bij de beoordeling van wilsbekwaamheid zal naast de psychische stoornis dan ook altijd een inschatting van het ontwikkelingsniveau en de intelligentie moeten worden gemaakt. De praktijk wijst uit dat ook patiënten met een (lichte) verstandelijke beperking specifieke beslissingen ter zake van hun behandeling voldoende wilsbekwaam kunnen nemen.

Bij twijfel en in complexe gevallen kan de arts advies inwinnen bij een collega werkzaam in de VG-sector, zoals een psychiater of arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Een onafhankelijke beoordeling van de wilsbekwaamheid vindt daarnaast in ieder geval plaats tijdens de verplichte second opinion of consultatie.

De adviescommissie ethiek van de NVAVG heeft in 2013 een handreiking *Omgaan met vragen om levensbeëindiging bij wilsonbekwame mensen met een verstandelijke beperking* opgesteld.

Somatische comorbiditeit

De commissie onderscheidt twee situaties:

Verzoek vanwege psychische stoornis, somatisch comorbiditeit. Wanneer het verzoek aan de arts primair zijn grondslag vindt in het psychisch lijden, en er is sprake van somatische comorbiditeit, handelt de arts conform deze richtlijn. De commissie stelt als aanvullende eis dat een somatisch specialist om een beoordeling gevraagd wordt om de behandel mogelijkheden en prognose van de comorbide aandoening te onderzoeken. Waar nodig vindt overleg plaats met de behandelend somatisch specialist en de huisarts van de patiënt. De arts overtuigt zich ervan dat door behandeling van de comorbide somatische aandoening de stervenswens van de patiënt niet significant zal veranderen.

Verzoek vanwege somatische aandoening, psychiatrische comorbiditeit. Wanneer het verzoek aan de arts primair zijn grondslag vindt in het somatisch lijden en er is sprake van psychiatrische comorbiditeit, handelt de arts conform de wettelijke vereisten en de protocollen van de betreffende beroepsvereniging. De commissie beveelt aan om een psychiatrische beoordeling te vragen en zo mogelijk psychiatrische behandeling in te zetten, wanneer de arts vermoedt dat de psychische stoornis het 'vrijwillig en weloverwogen verzoek' beïnvloedt (beoordeling wilsbekwaamheid) of het 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden' in hoge mate bepaalt. Waar aangewezen vindt overleg plaats met de behandelend psychiater en de huisarts van de patiënt. De arts overtuigt zich ervan dat door behandeling van de comorbide psychische stoornis de stervenswens van de patiënt niet significant zal veranderen.



Persoonlijkheidsstoornissen

De beoordeling van een verzoek om levensbeëindiging is voor een patiënt met als hoofddiagnose een persoonlijkheidsstoornis niet essentieel anders dan bij andere psychische stoornissen. Immers, het gaat om een welomschreven psychische stoornis en er zijn wetenschappelijk onderbouwde, effectieve behandelingen beschikbaar. Bij een persoonlijkheidsstoornis als enige of primaire grondslag voor het verzoek zijn een aantal aanvullende specifieke kenmerken van belang, te weten het natuurlijk beloop, overdrachtsfenomenen, en het behandelperspectief.

Persoonlijkheidsstoornissen kennen over de tijd *een sterk wisselend(e) natuurlijk beloop en manifestatie* bij dezelfde patiënt. Verandering kan allereerst optreden door het spontaan verloop. Daarnaast zijn de manifestatie, ernst en lijdensdruk van een persoonlijkheidsstoornis sterk contextafhankelijk. Een veranderde leefsituatie of omgeving kan symptomen verergeren, maar ook afzwakken.

Persoonlijkheidsstoornissen manifesteren zich bij uitstek in het contact met anderen, dus ook binnen de therapeutische relatie. Dit leidt regelmatig tot *versterkte overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen* die het besluitvormingsproces kunnen beïnvloeden. Het verzoek om levensbeëindiging wordt (mede) beoordeeld door een professional met toereikende kennis van en ervaring met (de behandeling van) persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder van/met de invloed van overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen. De onafhankelijke deskundige die de second opinion verricht dient bij de beoordeling van de casus expliciet het verzoek te krijgen om de overdrachtsrelatie te onderzoeken.

Persoonlijkheidsstoornissen hebben (nog steeds) het stempel dat ze niet goed behandelbaar zijn. Dat is onjuist. De *behandeleffecten* zijn vergelijkbaar met die van andere psychische stoornissen. Maar de patiënt heeft geregeld minder hoop op verbetering dan gerechtvaardigd is. De behandelingen vereisen een zekere duur en intensiteit om het effect te kunnen beoordelen. De mate waarin de benadering aansluit bij de persoon en diens klachtenbeleving heeft een belangrijke mediërende rol bij het tot stand komen van het effect. De behandeltrajecten zijn stepped care naar intensiteit ingericht, zie onder andere de *Nederlandse multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* (Trimbos, 2008) waarbij eerst een poliklinische- en daarna een (dag)klinische aanpak is aangewezen.

Patiënten met een juridisch kader

In een aantal gevallen kan er sprake zijn van specifieke juridische omstandigheden in relatie tot de inwilliging van een verzoek van een patiënt om levensbeëindiging. Omdat het om situaties gaat die in de praktijk zeer uitzonderlijk zijn, beperkt deze richtlijn zich alleen tot de hoofdlijnen.

De patiënt heeft een mentor of een curator. Als de patiënt niet of niet altijd in staat is zijn gezondheidsbelangen te behartigen, kan de rechter een mentor of een curator benoemen. De mentor of curator is bevoegd namens de patiënt op te treden en beslissingen te nemen op momenten waarop de patiënt wilsonbekwaam is ter zake van de beslissing die aan de orde is. Wanneer een patiënt met een mentor of curator wilsbekwaam is ter zake van de te nemen beslissing, geeft de beslissing van de patiënt de doorslag. De mentor of curator heeft (dan) geen rol. Wanneer een patiënt om levensbeëindiging verzoekt en na een beoordeling komt vast te staan dat de patiënt in voldoende mate zijn wil kan bepalen, dan kan het verzoek in behandeling worden genomen en worden uitgevoerd als ook aan alle andere wettelijke voorwaarden is voldaan. Het ligt in een dergelijke situatie wel voor de hand om de mentor of curator bij het besluitvormingsproces te betrekken, maar zijn instemming is niet vereist. Is de betreffende patiënt wilsonbekwaam op het moment van zijn verzoek, dan kan alleen al om die reden het verzoek niet in behandeling worden genomen. Ook niet als de mentor of curator daarop zou aandringen.

De patiënt is gedwongen opgenomen (Bopz/Wvvgz/strafrechtelijke titel). Een verzoek om levensbeëindiging kan ook afkomstig zijn van een patiënt die krachtens een rechterlijke beslissing



onder dwang is opgenomen of wordt behandeld. Dit kan geen exclusiecriteria zijn voor het in behandeling nemen of het inwilligen van dit verzoek. Maar de vrijheidsbeneming creëert wel een specifieke context, die in ogenschouw moet worden genomen bij het beoordelen van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Daarbij zal het vooral gaan om de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek (waaronder begrepen de wilsbekwaamheid) en het wel of niet bestaan van redelijke andere oplossingen om het lijden weg te nemen of te verminderen. In dit kader is verder relevant of het lijden van de patiënt (geheel of gedeeltelijk) samenhangt met de aard en de duur van de vrijheidsbeneming. Het is niet geheel ondenkbaar dat de patiënt een verzoek om levensbeëindiging doet dat voldoet aan alle wettelijke eisen, ook al is hij gedwongen opgenomen. In zo'n situatie kan inwilliging in de instelling evenwel niet geschieden zonder de instemming en medewerking van de instantie die verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming (de instelling waar de betrokkene verblijft) ten aanzien van de plaats, het moment en de wijze van uitvoering.

Dementie

Voor het geval van een patiënt bij wie dementie als hoofddiagnose de grondslag voor het verzoek vormt, is deze richtlijn niet bedoeld. De vragen die daarbij opgeroepen worden - m.n. waar problemen ontstaan op het gebied van communicatie en wilsbekwaamheid, en het belang dat moet worden gehecht aan een eerdere wilsverklaring - vallen buiten het bestek van deze richtlijn.

5. Implementatie

Om de invoering van deze richtlijn te doen slagen is het van belang dat zowel GGZ-instellingen als zelfstandig gevestigde (huis)artsen beleid ontwikkelen rondom verzoeken tot levensbeëindiging op psychiatrische grondslag.

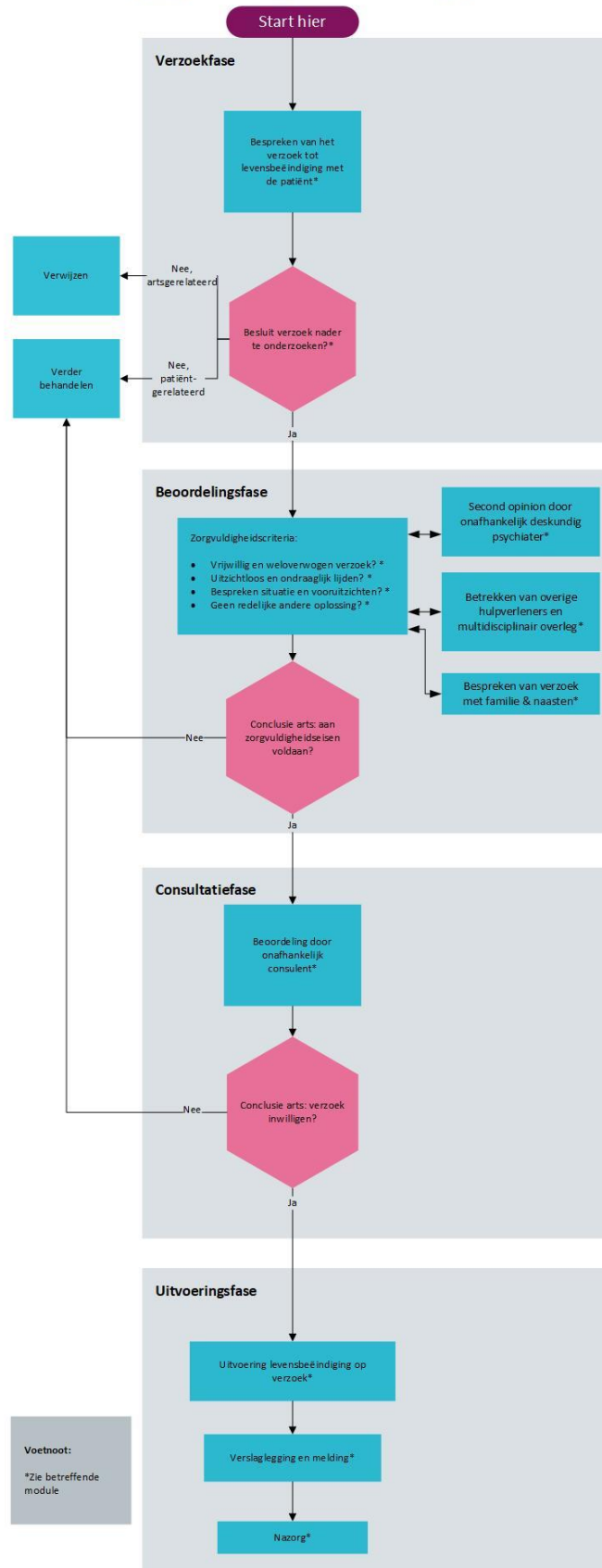
De richtlijn beoogt zowel de individuele professional als de GGZ-instellingen handvatten te bieden om verzoeken zoveel als mogelijk zelf, en bij voorkeur in de eigen regio, op te pakken en niet te snel door te verwijzen naar in het bijzonder de *Levenseindekliniek*, zeker niet als duidelijk nog niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De Levenseindekliniek is niet primair een uitvoeringsinstantie, maar een expertisecentrum dat zich richt op scholing en consultatie.

Het verdient aanbeveling de *genesheer-directeur van de grote GGZ-instellingen*, daarin gefaciliteerd door de Raad van Bestuur, inzake het beleid rond euthanasievraagstukken een belangrijke schakelrol toe te delen, zowel intern als regionaal. Deze rol past in het verlengde van zijn sterke betrokkenheid bij het suïcidepreventiebeleid en het afhandelen van suïcides richting de IGZ.

Ten slotte bieden psychiaters die aangesloten zijn bij het *Platform Psychiatrie en Euthanasie* van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ondersteuning en consultatie aan de individuele arts die met een verzoek om levensbeëindiging van een patiënt met een psychische stoornis wordt geconfronteerd. Hetzelfde geldt voor de *Levenseindekliniek* die consultatie en begeleiding aanbiedt aan artsen tijdens het doorlopen van het traject met de patiënt.



Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis





Second opinion en consultatie

