

Richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis

Richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis

*R.L.P. Berghmans, J. Huisman, J. Legemaate, W.A. Nolen, psychiater,
F. Polak, M.J.W.T. Scherders, A.J. Tholen (NVvP-commissie Hulp bij
zelfdoding)*

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, opgericht 17 november 1871

De Tijdstroom, Utrecht

© 2009 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

E-mail: info@nvvp.net

Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.

Internet: www.tijdstroom.nl

E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Inhoud

Voorwoord bij tweede herziene versie 2009

Voorwoord bij herziene versie 2004

Samenstelling van de commissie — 10

Ten geleide bij de eerste versie 1998

Voorwoord bij de eerste versie 1998

Taakstelling en werkwijze van de commissie — 13

Samenstelling van de commissie — 15

Hoofdstuk 1 Inleiding

- 1 Waarom hulp bij zelfdoding? — 17
- 2 Standpunten NVvP, KNMG en NVVE — 19
- 3 Rechtspraak, wetgeving en melding — 20
- 4 Ultieme handeling — 21
- 5 Psychiatrisch patiënten — 21
- 6 De rol van de psychiater — 23

Hoofdstuk 2 Uitgangspunten

- 1 Levenshulp — 25
- 2 Principiële bezwaren — 26
- 3 Situationele bezwaren — 27
- 4 Hulp bij zelfdoding — 28

Hoofdstuk 3 Zorgvuldigheidseisen

- 1 Inleiding — 29
- 2 Vrijwillig en weloverwogen verzoek — 29
- 3 Ondraaglijk en uitzichtloos lijden — 34
- 4 Voorlichting over situatie en vooruitzichten — 36
- 5 Geen redelijke andere oplossing — 36
- 6 Consultatie van een onafhankelijke arts — 41
- 7 Medisch zorgvuldige uitvoering hulp bij zelfdoding — 45
- 8 Overige aspecten — 46
- 9 Overwegingen over de samenhang der zorgvuldigheidseisen — 51

Hoofdstuk 4 Bijzondere situaties

- 1 Onvrijwillig opgenomen patiënten — 53
- 2 Forensisch-psychiatrische patiënten — 54
- 3 Niet-psychiater is (hoofd)behandelaar van psychiatrische patiënt — 56
- 4 Consultatie gevraagd door een somatisch specialist of door een huisarts — 56
- 5 Somatisch-psychiatrische comorbiditeit — 58

Hoofdstuk 5 Verslaglegging

- 1 Meldingsprocedure — 61
- 2 Aandachtspunten voor verslaglegging — 62

Hoofdstuk 6 Samenvatting

- 1 Inhoudelijke samenvatting — 67
- 2 Beslisboom — 70

Bijlage 1 Standpunten Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Commissie Ethiek (1991)

Standpunten — 73

Bijlage 2 Relevante juridische aspecten en de relatie met standpunten beroepsverenigingen

- 1 Situatie voor de inwerkingtreding van de wet — 75
- 2 De gevolgen van de wet van 2002 — 77
- 3 De relatie tussen rechtspraak/wetgeving en opvattingen uit de beroepsgroep — 77
- 4 Melding en het afleggen van verantwoording — 78

Literatuur — 79

Voorwoord bij tweede herziene versie

2009

Naar aanleiding van het besluit van het NVvP-bestuur om deze richtlijnen op het openbare deel van de NVvP-site te plaatsen en in gedrukte vorm beschikbaar te stellen, heeft de commissie de tekst op een aantal punten aangepast. De huidige praktijk, waarin de regionale toetsingscommissies euthanasie ook meldingen betreffende psychiatrische patiënten toetsen, is aanleiding geweest paragraaf 1.3 aan te passen. Op basis van het standpunt van de KNMG en recente jurisprudentie dient de psychiater aanwezig te zijn bij de zelfdoding en is er geen ruimte om de euthanatica bij de patiënt achter te laten. Dat heeft geleid tot een aanpassing van paragraaf 3.6. De procedure van de onafhankelijke consultatie is aangescherpt met de aanbeveling om, naast een consulent met bijzondere expertise op het gebied van de psychiatrische stoornis van de patiënt, ook een tweede consulent te raadplegen die bij voorkeur ervaring heeft als SCEN-arts. Ten slotte is paragraaf 5 sterk gewijzigd naar aanleiding van het nieuwe door de ministeries van vws en Justitie ontwikkelde model voor een verslag van de behandelend arts.

Voorwoord bij herziene versie 2004

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is per 1 april 2002 van kracht geworden. In deze wet is aan de gangbare praktijk een wettelijk kader gegeven en worden een aantal inhoudelijke en procedurele eisen geformuleerd die eerder gesteld werden in jurisprudentie en in standpunten en richtlijnen van beroepsverenigingen. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding heeft betrekking op levensbeëindigend handelen bij patiënten die wilsbekwaam zijn en bij wilsonbekwame patiënten die voorafgaand aan hun wilsonbekwaamheid een schriftelijke wilsverklaring hebben opgesteld. Door de wet wordt een uitzondering van de strafbaarstelling gemaakt voor de arts die de hulp bij zelfdoding meldt en wiens handelen volgens de regionale toetsingscommissie voldoet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Het van kracht worden van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding was voor het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanleiding om de Commissie Hulp bij Zelfdoding te vragen na te gaan of de richtlijnen uit 1998 moesten worden herzien. In deze herziene richtlijnen is vooral de weergave van de wettelijke en juridische context gewijzigd. Tevens is de ordening van de zorgvuldigheidseisen aangepast aan de wijze waarop deze in de wet zijn gesteld. Inhoudelijk zijn de wijzigingen beperkt gebleven, omdat de meeste nu in de wet gestelde zorgvuldigheidseisen al in 1998 in de richtlijnen voor de psychiater waren opgenomen. De tekst betreffende de onafhankelijke consultatie is bijgesteld, onder andere naar aanleiding van ervaringen van commissieleden en ervaringen van SCEN-consulenten (Steun en Consultatie bij Euthanasie Nederland) in de somatische geneeskunde. Ook zijn de verslagen van de regionale toetsingscommissies en de aan de nieuwe wet aangepaste standpuntbepaling van de KNMG aanleiding geweest om de tekst op sommige punten te verfijnen. Tot slot is ook de literatuurlijst geactualiseerd.

De commissie heeft in de afgelopen periode de indruk gekregen dat de richtlijnen in het algemeen voor psychiaters een goed en bruikbaar middel zijn gebleken om met een verzoek om hulp bij zelfdoding om te gaan. De commissie heeft geen aanleiding gezien om de uitgangspunten van de richtlijnen te wijzigen of anderszins de richtlijnen aan te vullen met – niet door de wet gestelde – principiële uitgangspunten of aanwijzingen. Zij heeft er verder van afgezien om, zoals voorafgaande aan de eerste versie van de richtlijnen van 1998, een brede discussie binnen de beroepsgroep te voeren.

Daadwerkelijke hulp van psychiaters bij zelfdoding van psychiatrische patiënten vindt anno 2002 net als in 1994-1995 slechts in uitzonderlijke gevallen plaats. De commissie veronderstelt dat in het geval van psychiatrische stoornissen, hulp bij zelfdoding door de psychiater altijd of bijna altijd wordt gemeld bij de toetsingscommissies aan de gemeentelijke lijkschouwer. In 2001 zijn er drie gevallen van hulp bij zelfdoding gemeld waarbij het lijden 'primair van psychische oorsprong' was. Vanwege de uitzonderlijkheid van daadwerkelijke hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten zijn deze richtlijnen vooral van betekenis voor het omgaan met de wel veelvuldige nadrukkelijke en herhaalde verzoeken om hulp bij zelfdoding en bij het geven van consultatie. In 1994 en 1995 werd jaarlijks ruim driehonderd maal aan een psychiater een nadrukkelijk en herhaald verzoek om hulp bij zelfdoding gedaan en werd ongeveer vierhonderd maal om een psychiatrisch consult gevraagd vanwege een dergelijk verzoek, waarvan ongeveer driehonderd maal door een niet-psychiater. Al met al werd het door de commissie logisch geacht om het feitelijke gebruik – het omgaan met een verzoek – tot uitdrukking te brengen in een gewijzigde titel: 'Het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'.

In 1994-1995 bleek dat jaarlijks, van de ongeveer 320 nadrukkelijke en herhaalde verzoeken aan psychiaters om hulp bij zelfdoding, in ongeveer twee tot vijf gevallen die hulp daadwerkelijk werd verleend. Uit deze groep pleegde een veelvoud daarvan, ongeveer vijftig patiënten jaarlijks, suïcide zonder de hulp waarom gevraagd was. Daar staat tegenover dat van de patiënten die nog in leven waren, de meerderheid bij follow-up geen doodswens meer had.

De commissie realiseert zich dat er een aanzienlijk aantal patiënten is voor wie levenshulp niet of onvoldoende bespreekbaar is en waarbij hulp bij zelfdoding door een arts niet te rechtvaardigen is. Enerzijds is het de vraag of er bij een deel van de vijftig patiënten die zich na een afgewezen verzoek jaarlijks suïcideren nog mogelijkheden waren geweest voor levenshulp. Anderzijds had waarschijnlijk ook een deel van hen in aanmerking kunnen komen voor zorgvuldige en gerechtvaardigde hulp bij hun zelfdoding. De commissie hoopt dat deze richtlijnen bijdragen aan een nog zorgvuldiger aftasten van de mogelijkheden voor zowel levenshulp als hulp bij zelfdoding.

Samenstelling van de commissie

- Dr. R.L.P. Berghmans, gezondheidsethicus.
- J. Huisman, psychiater.
- Prof.dr. J. Legemaate, gezondheidjurist.
- Prof.dr. W.A. Nolen, psychiater.
- F. Polak, psychiater.
- M.J.W.T. Scherders, psychiater.
- Dr. A.J. Tholen, psychiater (voorzitter).

Ten geleide bij de eerste versie 1998

Het voorliggende document is het eindproduct van de Commissie Hulp bij Zelfdoding, die op 6 juni 1995 werd geïnstalleerd door de toenmalige voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). De commissie kreeg als opdracht het bestuur van de NVvP van advies te dienen door het ontwikkelen van een 'protocol' inzake de te volgen handelwijze bij een verzoek om hulp bij zelfdoding.

In het voorwoord wordt de gevolgde werkwijze van de commissie beschreven. Daaruit wordt duidelijk dat zij zeer zorgvuldig te werk is gegaan. Deze zorgvuldigheid vindt men terug in dit document. Het bestuur hecht eraan, op deze plaats zijn waardering daarvoor uit te spreken. Om de geest van het document goed te begrijpen, is het dienstig om kort bij de, in de ogen van het bestuur, meest opvallende uitingen van deze zorgvuldigheid stil te staan.

In de eerste plaats legt de commissie er de nadruk op dat het gaat om hulp bij zelfdoding in het kader van 'psychische stoornissen'. Dat is een duidelijke poging om de context waarbinnen deze problematiek voor de psychiater relevant zou kunnen zijn, af te grenzen van die van het persoonlijk en/of maatschappelijk leed dat niet rechtstreeks te herleiden is tot psychische stoornissen. Niet dat dit leed, gemeten met humanitaire maatstaven, minder ernstig hoeft te zijn; het is echter niet de taak van de psychiater dit te verzachten. Dat de grenzen niet altijd gemakkelijk te trekken zijn, betekent nog niet dat men het bestaan ervan zou moeten ontkennen. Geheel in de lijn van een professionele stellingname ligt ook de opvatting van de commissie dat men er goed aan doet rekening te houden met het type stoornis, het beloop en dergelijke. Zo beveelt zij in paragraaf 5 van hoofdstuk 1 terecht aan extra terughoudendheid te betrachten bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, 'vanwege de grotere kans op overdracht en tegenoverdracht'.

In de tweede plaats heeft de commissie de term 'protocol' vervangen door de term 'richtlijnen', een beslissing, die door het bestuur met instemming wordt begroet. Terecht schrijft de commissie in het voorwoord [bij de eerste versie 1998]: 'De term 'protocol' zou ten onrechte suggereren, dat het een pasklaar beoordelings- en gedragskader biedt voor alle gevallen waarin een vraag om hulp bij zelfdoding aan een psychiater wordt gesteld'. In deze geest wordt op dezelfde pagina enkele regels verder geschreven, dat hulp bij zelfdoding in de psychiatrie slechts in uitzonderlijke situaties dient plaats te vinden en nooit een standaardonderdeel mag vormen van de hulp die psychiaters bieden. De richtlijnen van de commissie krijgen daardoor

een totaal ander karakter dan die van een protocol zoals voor de farmacotherapie bij depressies of voor de psychotherapie bij angststoornissen. Als zodanig dragen de richtlijnen het karakter van 'minimumeisen', die de psychiater niet ontslaan van de plicht in elke voorkomende situatie opnieuw te bezien in hoeverre toepassing ervan in het concrete geval strookt met de zorgvuldigheidseisen. Probleemsituaties die in dit opzicht relevant zijn, zijn de helaas niet zo zeldzame verzoeken om hulp bij zelfdoding waarbij men bijvoorbeeld als consulent constateert dat er niet zozeer sprake is van 'uitbehandeld zijn', maar van 'onvoldoende' of zelfs 'verkeerd' behandeld, al of niet in het kader van een verstoring van de behandelrelatie die als zodanig door de patiënt en/of de behandelaar niet of onvoldoende is opgemerkt.

Een probleem kan dan ontstaan, als de patiënt, bijvoorbeeld door het lange tijdsverloop, zo gedemoraliseerd is geraakt, dat hij of zij niet meer te motiveren is voor een nieuwe behandeling die volgens de state of the art wel uitzicht op herstel of verbetering zou kunnen bieden. Dit soort situaties vormen een illustratie van de noodzaak af te zien van het streven naar 'standaardoplossingen'. In kwesties als de onderhavige is het een illusie in dergelijke standaardoplossingen te geloven. Het bestuur acht het daarom van belang dat de publicatie van een stuk als het voorliggende aan illusies als deze geen voeding geeft. Zorgvuldige lezing zal dit gevaar tot een minimum beperken.

De zorgvuldigheid van de commissie blijkt ten slotte uit het, door de commissie op meerdere plaatsen in het document genoemde uitgangspunt, dat een verzoek om hulp bij zelfdoding in eerste instantie opgevat moet worden als een vraag om levenshulp en dat hulp bij zelfdoding een uitzonderlijke, ultieme handeling is. Dit kan samengevat worden als een 'Nee, tenzij...'. Uitgangspunt voor de commissie is de door de arts ervaren noodsituatie, het moment, dat het 'Nee, tenzij...' na verloop van tijd is omgeslagen in een 'Ja, tenzij...'. Het voorliggende stuk heeft u veel te bieden; het bestuur beveelt het u warm ter bestudering aan. Het zal hopelijk de discussie en de verdere meningsvorming over dit zo moeilijke vraagstuk bevorderen.

Namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,
prof.dr. W. van Tilburg, voorzitter.

Voorwoord bij de eerste versie 1998

Taakstelling en werkwijze van de commissie

De Commissie Hulp bij Zelfdoding werd op 6 juni 1995 geïnstalleerd door de toenmalige voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). De taak van de commissie was een advies uit te brengen aan het bestuur van de NVvP in de vorm van een protocol voor hulp bij zelfdoding. Daarbij diende zij de door het bestuur onderschreven standpunten van de Commissie Ethiek van december 1991 (zie bijlage 1) mee te wegen. Deze standpunten zijn door de commissie onderschreven en overgenomen als uitgangspunten.

De commissie is in 1995-1996 dertien maal bij elkaar geweest om deze richtlijnen op te stellen. In juni 1996 is een concept opgestuurd aan dertien deskundigen, met een verzoek om hun mening en suggesties voor aanvulling en wijzigingen te geven. In augustus 1996 waren twaalf reacties ontvangen, die besproken en in het concept verwerkt zijn. Vervolgens is het in september 1996 voorgelegd aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, met het verzoek het voor commentaar op te sturen aan diverse betrokken organisaties. In samenwerking met het bestuur is op 4 april 1997 een *invitational conference* gehouden, waarin het bijgewerkte concept besproken is door een veertigtal bestuurders, opleiders en andere betrokkenen uit het werkveld. Het daarin geleverde commentaar, alsmede reacties van onder meer de Landelijk Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) zijn door de commissie besproken en hebben tot enige aanpassingen geleid.

De commissie heeft diverse termen overwogen als aanduiding van dit document. In eerste instantie is de door het bestuur in de opdracht gebruikte term 'protocol' gehandhaafd, in de betekenis van: geheel van gebruikelijke regels en richtlijnen. De commissie heeft uiteindelijk echter gekozen voor 'richtlijnen'. De term 'protocol' zou ten onrechte suggereren dat het een pasklaar beoordelings- en gedragskader biedt voor alle gevallen waarin een vraag om hulp bij zelfdoding aan een psychiater wordt gesteld. De commissie meent dat zij alleen de grote lijnen heeft kunnen aangeven waarbinnen elke individuele situatie beoordeeld dient te worden. Naast deze inhoudelijke zorgvuldigheidseisen zijn procedurele zorgvuldigheidseisen geformuleerd. In deze zorgvuldigheidseisen geeft de commissie concreet aan wat volgens haar de procedurele zorgvuldigheidseisen dienen te zijn bij het omgaan met vragen om hulp bij zelfdoding en bij het in uitzonderlijke gevallen overgaan tot het verlenen van die hulp.

De commissie beseft dat hulp bij zelfdoding altijd ook een nederlaag betekent voor zowel de patiënt als de hulpvrager. Psychiatrische behandeling, verlichting van lijden en levenshulp hebben gefaald. Van de vele psychiatrische patiënten die ernstig en langdurig te lijden hebben van hun stoornis, zijn er slechts weinigen die duurzaam en weloverwogen tot de conclusie komen dat het leven ondraaglijk is en dat zij de dood verkiezen. Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten dient slechts in zeer uitzonderlijke situaties plaats te vinden. Hulp bij zelfdoding zal dan ook nooit een standaardonderdeel vormen van hulp die psychiaters bieden. Toch dient de beroepsgroep zich volgens de commissie uit te spreken over de omstandigheden waarin hulp bij zelfdoding door een psychiater medisch-ethisch te rechtvaardigen kan zijn. De standpunten en zorgvuldigheidseisen die daarbij door de beroepsgroep worden gehanteerd, moeten duidelijk zijn. De commissie vindt dat er richtlijnen en regels voor hulp bij zelfdoding dienen te zijn, die de zorgvuldigheid en kwaliteit van de besluitvorming waarborgen en het handelen van de psychiater controleerbaar maken.

Alhoewel hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis volgens de commissie slechts in uitzonderlijke situaties mag plaatsvinden, worden veel psychiaters geconfronteerd met vragen om hulp bij zelfdoding. Uit recent onderzoek blijkt dat in de psychiatrie jaarlijks naar schatting 320 maal een nadrukkelijk en herhaald verzoek om hulp bij zelfdoding wordt gedaan. Daadwerkelijke hulp bij zelfdoding vindt echter zelden plaats: ongeveer twee tot vijf maal per jaar. Twee derde van de psychiaters gaf te kennen dat zij hulp bij zelfdoding vanwege een psychiatrische aandoening aanvaardbaar vinden, terwijl 46% zich een situatie kon voorstellen waarin zijzelf bereid zouden zijn die hulp te verlenen. De commissie vindt richtlijnen voor de beroepsgroep van psychiaters daarom ook van belang om als norm te dienen voor een zorgvuldige behandeling van vragen om hulp bij zelfdoding. Ze kunnen gebruikt worden om de eigen opvattingen over hulp bij zelfdoding tijdig met de patiënt te bespreken. Deze richtlijnen stellen geen 'indicatie' voor hulp bij zelfdoding. Zij bieden evenmin een oplossing voor de uitzonderlijke noodsituatie en de daaraan verbonden dilemma's waarmee een psychiater kan worden geconfronteerd. Hij of zij moet in een noodsituatie met tegenstrijdige verplichtingen uiteindelijk altijd zelf een persoonlijke afweging maken. Dit document biedt richtlijnen voor de relevante aspecten van de beoordeling en handelwijze en geeft de psychiater daarmee een handreiking om zorgvuldig tot een afweging te komen.

Op meerdere plaatsen in het document maakt de commissie duidelijk dat een verzoek om hulp bij zelfdoding in eerste instantie opgevat moet worden als een vraag om levenshulp en dat hulp bij zelfdoding een uitzonderlijke, ultieme handeling is. Dit kan samengevat worden als een: 'Nee, tenzij...' De commissie acht het niet haar taak om een document op te stellen

over levenshulp, over een goed en tijdig aanbod van zorg en allerlei andere bij ernstig, ondraaglijk lijden uiterst relevante onderwerpen. Daarvoor is veeleer nodig een goede opleiding, nascholing en consultatie alsmede een goede organisatie van de zorg. Uitgangspunt voor de commissie is de door de arts ervaren noodsituatie.

Bij het opstellen van deze richtlijnen is uitgegaan van het bestaande reguleringskader. Hoewel de commissie constateert dat de dominantie van het strafrecht de huidige situatie problematisch maakt, heeft zij het niet als haar taak gezien een nieuw reguleringskader uit te werken.

Samenstelling van de commissie

- Dr. R.L.P. Berghmans, gezondheidsethicus.
- J. Huisman, psychiater.
- J. Knol, psychiater (secretaris tot maart 1996).
- Prof.dr. J. Legemaate, gezondheidjurist.
- Dr. W.A. Nolen, psychiater.
- F. Polak, psychiater (tot april 1996).
- M.J.W.T. Scherders, psychiater.
- Dr. A.J. Tholen, psychiater (voorzitter).

Hoofdstuk 1

Inleiding

1 Waarom hulp bij zelfdoding?

De criteria van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn van toepassing bij wilsbekwame patiënten, ongeacht of de patiënt lijdt aan een somatische aandoening of een psychiatrische aandoening. In rechtspraak en officiële standpunten van beroepsverenigingen wordt in uitzonderlijke omstandigheden het bieden van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten gerechtvaardigd geacht. In 2001 waren er drie meldingen van levensbeëindigend handelen in gevallen waarbij het lijden 'primair van psychische oorsprong' was. Jaarlijks vragen ruim driehonderd patiënten aan hun psychiater nadrukkelijk en herhaaldelijk om hulp bij zelfdoding. In een zelfde aantal gevallen wordt jaarlijks een psychiater om consultatie gevraagd, meestal door een collega uit het somatische veld, vanwege een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Daarom vindt de commissie dat de professie over een handleiding dient te beschikken voor een zorgvuldige besluitvorming bij vragen om hulp bij zelfdoding. De commissie plaatst haar taak dan ook in de context van de kwaliteitsverbetering van de behandeling van en de zorg voor psychiatrische patiënten die een doodswens uiten. Deze richtlijnen beogen een zorgvuldige en bruikbare procedure te schetsen die aanvaard wordt door de beroepsgroep en aansluit bij de ethische normen die in de beroepsgroep en in de maatschappij bestaan.

Binnen de beroepsgroep van psychiaters bestaan verschillende opvattingen over de aanvaardbaarheid van het verlenen van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten. Principiële tegenstanders van het verlenen van hulp door artsen aan personen die zichzelf willen doden, gebruiken wel het argument dat iemand die suïcide wil plegen dit zelf kan doen, en niet aan een ander zou mogen vragen om hierbij assistentie te verlenen. Met andere woorden: in deze visie mag een psychiater, als arts, niet op een verzoek om hulp bij zelfdoding ingaan. Het is daarom van belang aandacht te besteden aan overwegingen die in bepaalde omstandigheden het bieden van hulp bij zelfdoding medisch-ethisch kunnen rechtvaardigen.

- De eerste overweging houdt verband met motieven van compassie en barmhartigheid. Een arts die na zorgvuldige beoordeling tot de overtuiging komt dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en dat hulp bij zelfdoding toelaatbaar is, mag de hulpvrager vervolgens niet aan

zijn of haar lot overlaten. Hij moet bevorderen dat de suïcide op een menswaardige wijze plaats vindt. Hiertoe behoort het verstrekken van medicinale middelen die dit mogelijk maken en het begeleiden van de hulpvrager bij de uitvoering van de suïcide.

- De tweede overweging is dat artsen als ‘bewaarders van de sleutel van de medicijnkast’ de toegang tot dodelijke medicinale middelen bewaken. De arts heeft een exclusieve rol bij het voorschrijven van deze geneesmiddelen. Zonder de hulp van een arts zal iemand die suïcide wil plegen slechts met de nodige moeite aan de middelen kunnen komen die met zekerheid tot de dood zullen leiden. Dit betekent dat de patiënt, als een arts geen adequate middelen voorschrijft, en het de patiënt niet lukt aan middelen voor een zachte dood te komen, in beginsel alleen andere methoden resten, die harder, riskanter of gewelddadiger zullen zijn. Overigens beseft de commissie dat onder meer via internet in toenemende mate publieke informatie beschikbaar is over methoden om suïcide te plegen en over potentieel dodelijke middelen, wat deze overweging in een ander licht stelt.
- De derde overweging hangt met de vorige samen. Gewelddadige suïcides kunnen traumatiserend zijn voor andere personen, bijvoorbeeld voor treinbestuurders, als zij daarbij betrokken worden. Het verstrekken van dodelijke medicinale middelen kan zulke traumatiserende ervaringen voor omstanders voorkomen.
- De vierde en laatste overweging betreft de gevolgen van zelfmoordpogingen voor de betrokkene zelf. Als hij zijn toevlucht neemt tot een harde methode, kan hij zichzelf ernstige en blijvende schade toebrengen, zonder het beoogde doel – de dood – te bereiken.

De commissie beseft overigens dat het openen van de mogelijkheid dat een arts hulp bij zelfdoding verleent, er niet toe zal leiden dat harde, riskante of gewelddadige suïcides significant minder zullen voorkomen. De meeste suïcidanten voeren immers hun daad uit in een impuls. Al is er op groepsniveau geen significante verschuiving te verwachten in aantallen en aard van suïcides, op individueel niveau kan de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding wel van belang zijn, zowel voor de betrokkene zelf als voor de omstanders. In theorie bestaat er naast de mogelijkheid van het bieden van hulp bij zelfdoding ook die van het bewust scheppen van gelegenheid tot zelfdoding. Het is echter de vraag of de medisch-ethische eisen hier anders zouden moeten zijn. Er zijn situaties denkbaar waarin vrijheidsbeperkingen niet meer louter vanwege het suïcidegevaar te rechtvaardigen zijn. Zulke situaties kunnen zich ook voordoen als aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, zodat hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd zou zijn. Een psychiater kan zich dan gerechtvaardigd voelen de patiënt door opheffing van die beperkingen in staat te stellen tot solitaire zelfdoding.

Er zijn diverse motieven die hem tot deze handelwijze kunnen brengen. Sommige psychiaters vinden dat een patiënt geen anderen bij zijn zelfdoding moet betrekken. Anderen hebben doorslaggevende persoonlijke ethische bezwaren tegen actieve hulp. Verder kan deze handelwijze aantrekkelijk zijn om een eventuele vervolgingsprocedure te voorkomen. Het opheffen van vrijheidsbeperkende maatregelen, zonder een alternatief te bieden, is echter volgens de commissie geen goede hulp en daarom niet aanvaardbaar. De commissie vindt dat de psychiater zijn patiënt er in die uitzonderlijke situaties op moet wijzen dat er voor psychiaters de mogelijkheid bestaat om onder bepaalde voorwaarden hulp bij zelfdoding te verlenen. Als hijzelf daar onder geen voorwaarde toe bereid is, dient hij de patiënt die om hulp vraagt hetzij naar een andere psychiater, hetzij naar de huisarts te verwijzen.

2 Standpunten NVvP, KNMG en NVVE

Vanaf begin jaren negentig hebben verschillende organisaties en verenigingen standpunten verwoord over de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. De Commissie Ethiek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NvVP, 1991, zie bijlage 1) en de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) van de KNMG (1997) hebben voorwaarden geformuleerd waaronder een psychiater het verzoek om hulp bij zelfdoding door een patiënt met een psychiatrische stoornis kan inwilligen. In een rapport uit 1993 (De meldingsprocedure euthanasie/hulp bij zelfdoding en psychiatrische patiënten. Staatstoezicht op de Volksgezondheid) ziet ook de (toenmalige) Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in deze gevallen beperkte ruimte voor hulp bij zelfdoding, zij het met meer restricties dan de NVvP en de CAL.

Ook de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) heeft zich sterk gemaakt voor hulp bij zelfdoding door mensen met een psychiatrische stoornis. Deze vereniging staat echter, vooral waar het gaat om de betekenis van een behandelperspectief, een ruimere aanvaardbaarheid voor dan de andere genoemde instanties. Dit hangt samen met het sterke belang dat de NVVE hecht aan de zelfbeschikking van de betrokkene. Er zijn dus in de thans bekende standpunten en rapporten accentverschillen te vinden. Het is echter duidelijk dat de opvatting dat in zeer bijzondere omstandigheden hulp bij zelfdoding in de psychiatrie gerechtvaardigd kan zijn, in brede kring wordt gedeeld.

3 Rechtspraak, wetgeving en melding

In de jaren voor de inwerkingtreding, in april 2002, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, is in de rechtspraak het verlenen van hulp bij zelfdoding aan patiënten met een psychiatrische aandoening een aantal malen aan de orde geweest. Hulp bij zelfdoding in dergelijke gevallen werd onder omstandigheden door de rechter aanvaard. De wet van 2002 heeft hierin geen verandering gebracht. Een belangrijke toetssteen voor de rechter was en is de vraag of de psychiater heeft gehandeld volgens wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en de normen van de medische ethiek. Dit inzicht en deze normen kunnen helpen om in een concreet geval te bepalen of het beroep van de arts of de psychiater op een noodtoestand kan worden gehonoreerd. Daarbij zal ook gekeken worden naar de rapporten en standpunten over hulp bij zelfdoding die binnen de beroepsgroep tot stand zijn gekomen. In bijlage 2 bij deze richtlijnen wordt een overzicht gegeven van de juridische situatie met betrekking tot hulp bij zelfdoding. Daarin komt ook de betekenis van rapporten en standpunten uit de beroepsgroep aan de orde.

De rechtspraak over hulp bij zelfdoding leert dat de rechter ter motivering van zijn oordeel soms uitdrukkelijk naar een of meer van deze rapporten verwijst. Ook deze richtlijnen zijn mede bedoeld om een bijdrage te leveren aan de interactie tussen enerzijds juridische regels en anderzijds normen en opvattingen binnen de beroepsgroep.

De wet van 2002 regelt niet alleen de criteria voor hulp bij zelfdoding (zie nader hoofdstuk 3), maar ook de meldingsprocedure. Hierbij doet zich echter een merkwaardige situatie voor. Enerzijds regelt de wet de voorwaarden waaronder een arts mag ingaan op een verzoek van een patiënt om hulp bij zelfdoding. Anderzijds heeft de wetgever bepaald dat een aantal situaties waarin er wel degelijk van een verzoek sprake was, niettemin moet worden gemeld in de buiten deze wet vallende meldingsprocedure voor levensbeëindiging zonder verzoek. Dit laatste is niet bepaald in de wet zelf, maar in de toelichting bij het 'model voor een verslag voor de behandelend arts in verband met een melding aan de gemeentelijke lijkschouwer van het overlijden als gevolg van de toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding.' (te downloaden via www.knmg.nl en www.vws.nl) (Zie Tholen, 2003a). Deze toelichting stelt dat levensbeëindigend handelen bij patiënten 'wier vermogen tot het uiten van een weloverwogen verzoek gestoord geweest kan zijn, bijvoorbeeld als gevolg van een depressie of dementie' behoort te worden gemeld volgens de procedure voor gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek.

Tegen dit standpunt zijn zowel principiële als praktische bezwaren aan te voeren. In januari 2003 heeft een zestal organisaties uit de gezondheidszorg, waaronder de KNMG en de NVvP, de regering verzocht dit standpunt

te wijzigen. Komen zowel de behandelend arts als de tevoren geraadpleegde consulent tot het oordeel dat het verzoek van een psychiatrisch patiënt om hulp bij zelfdoding weloverwogen is, dan behoort naar de mening van deze organisaties de in de wet van 2002 geregelde meldingsprocedure voor levensbeëindiging op verzoek van toepassing te zijn. In 2003 hebben de voorzitters van de regionale toetsingscommissies zich bevoegd verklaard om, geconfronteerd met een melding van levensbeëindiging op verzoek bij een patiënt van wie het lijden zijn oorsprong vindt in een psychische of psychiatrische aandoening, de wilsbekwaamheid te onderzoeken in het kader van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Zij blijven van oordeel dat de hier vermelde onjuiste toelichting uit het meldingsformulier geschrapt dient te worden. In 2008 zijn gevallen van hulp bij zelfdoding van psychiaters aan patiënten met een psychiatrische stoornis getoetst en zorgvuldig bevonden door de regionale toetsingscommissies. Eind 2008 is een nieuw modelverslag ontwikkeld door de ministeries van vws en Justitie, de Regionale Toetsingscommissies en de KNMG. In dat verslag is de bovengenoemde toelichting verwijderd. Een Algemene Maatregel van Bestuur is in de maak waarmee het nieuwe meldingsformulier kan worden ingevoerd.

4 Ultieme handeling

Het verlenen van hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten is een ultieme handeling, die alleen ten uitvoer kan en mag worden gebracht nadat redelijkerwijs is komen vast te staan dat het verzoek van de patiënt vrijwillig en weloverwogen is, er sprake is van een door de patiënt als ondraaglijk ervaren lijden en alle reële mogelijkheden om dat lijden te verlichten, zijn uitgeput. Deze zogeheten zorgvuldigheidseisen worden uitgebreid behandeld in hoofdstuk 3.

Als een behandeling redelijkerwijs mogelijk is en de betrokkene die behandeling weigert, is hulp bij zelfdoding in het algemeen niet aanvaardbaar. De psychiater mag ook niet afzien van dit vereiste indien een suïcide op korte termijn waarschijnlijk is. Hij moet dan beoordelen of dwangbehandeling is aangewezen.

5 Psychiatrisch patiënten

Uiteraard is psychisch lijden niet beperkt tot psychiatrische patiënten. Ook door andere oorzaken dan een psychiatrische stoornis kunnen mensen in een uitzichtloze situatie verkeren met door hen als ondraaglijk ervaren psychisch lijden, en vrijwillig en weloverwogen tot het besluit komen uit het leven te stappen. In de eerste plaats valt daarbij te denken aan de (zeer)

oude mensen die 'klaar met leven' zijn, waarvoor Drion aandacht heeft gevraagd. Maar ook andere mensen kunnen terecht komen in een onhoudbare situatie waarin het leven hen niets meer te bieden heeft. De Wet 'Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding' is volgens de Hoge Raad niet van toepassing op de problematiek van 'klaar met leven', omdat het lijden van de patiënt dan geen grond vindt in een medische (somatische of psychische) aandoening. Er is dan geen situatie waarin de arts vanuit zijn specifieke deskundigheid kan oordelen, en er kan over het algemeen niet gesproken worden van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Het is niet de taak van de psychiater om als sleutelbewaarder van euthanatica op te treden in alle gevallen van psychisch lijden. De psychiater kan en mag alleen binnen zijn rol als behandelaar van een patiënt met een psychiatrische stoornis een besluit tot hulp bij zelfdoding nemen. Overigens is elke afgrenzing van het begrip psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld aan de hand van een classificatie, arbitrair. Er zijn altijd vloeiende overgangen en vaak ligt het er maar aan welke definitie men hanteert of men kan spreken van een psychiatrische stoornis. Toch acht de commissie het van belang om als referentiepunt een definitie te geven. Voor de hand ligt daarbij de definitie die door de American Psychiatric Association gegeven wordt in de DSM-IV:

een klinisch relevant syndroom of patroon van gedragingen of psychologische verschijnselen, dat voorkomt bij een individu, en dat gepaard gaat met leed, met een handicap of met een duidelijk toegenomen risico op overlijden, pijn of een handicap of met een duidelijk verlies van vrijheid.

Hoewel ook de DSM-classificatie onderhevig is aan voortdurende veranderingen, zijn de belangrijke stoornissen hierin duidelijk gedefinieerd en is zij volgens de commissie bruikbaar om in samenhang met de verderop geformuleerde zorgvuldigheidseisen, zoals ondraaglijk en uitzichtloos lijden, te hanteren. Het criterium van het ondraaglijke lijden, hoe subjectief ook, maakt dat er sprake moet zijn van objectiveerbare ernstige symptomen, functiestoornissen en pathologische gedragingen. Daarbij dient opgemerkt te worden dat er bij vragen om hulp bij zelfdoding door patiënten met een persoonlijkheidsstoornis extra terughoudendheid betracht moet worden vanwege de grotere kans op overdracht en tegenoverdracht.

De commissie heeft richtlijnen geformuleerd met het oog op de rol van de psychiater bij hulpvragen van alle psychiatrische patiënten, ongeacht het feit of zij vrijwillig zijn opgenomen dan wel op basis van een juridische maatregel. Aan de situaties van patiënten die opgenomen zijn met een rechterlijke machtiging en van forensisch-psychiatrische patiënten zijn paragraaf 1 en 2 van hoofdstuk 4 gewijd. Vanwege de speciale problematiek

en de betrokkenheid van andere medische disciplines, komen vragen om hulp bij zelfdoding door dementen en door verstandelijk gehandicapten in dit document niet aan de orde.

6 De rol van de psychiater

De volgende situaties waarin de psychiater een rol kan spelen bij hulp bij zelfdoding, kunnen worden onderscheiden.

- a Een psychiatrisch patiënt vraagt binnen een behandelsituatie hulp bij zelfdoding aan zijn psychiater.
- b En niet-psychiater (zoals arts-assistent, psycholoog-psychotherapeut) is behandelaar van een psychiatrisch patiënt (zie paragraaf 4.3).
- c Consultatie in het kader van een hulpvraag die door een psychiatrisch patiënt aan een andere psychiater gesteld is (zie paragraaf 3.5).
- d Consultatie op verzoek van een huisarts of somatisch specialist die hulp bij zelfdoding overweegt bij een als uitbehandeld beschouwde psychiatrische patiënt (zie hoofdstuk 4, paragraaf 4.1).
- e Consultatie op verzoek van een huisarts of somatisch specialist die hulp bij zelfdoding overweegt bij een niet-psychiatrische patiënt (zie hoofdstuk 4, paragraaf 4.2).

Het grootste gedeelte van dit document is gewijd aan situatie a. Zoals in paragraaf 5 is aangegeven, is dit voor de commissie de enige situatie waarin een psychiater de (eind)verantwoordelijkheid voor een besluit om hulp bij zelfdoding te verlenen, op zich mag nemen. Als iemand anders dan hijzelf behandelaar van de psychiatrisch patiënt is (situatie b), dient door de psychiater een behandelrelatie geschapen te worden (zie verder hoofdstuk 4, paragraaf 3). In alle andere genoemde situaties is de psychiater consulent en ligt de eindverantwoordelijkheid voor de beslissing bij iemand anders. De beslisboom in hoofdstuk 6, waarin de belangrijkste beslismomenten op de route naar de uiteindelijke beslissing zijn aangegeven, gaat dan ook uit van situatie a: de psychiater is behandelaar van een psychiatrisch patiënt.

Hoofdstuk 2

Uitgangspunten

1 Levenshulp

Ieder verzoek om hulp bij zelfdoding door een psychiatrisch patiënt moet in eerste instantie worden opgevat als een vraag om levenshulp. De hulpverlening moet dan ook allereerst gericht zijn op het vinden van een levensperspectief. Het belangrijkste in de eerste fase van het contact is uit te zoeken wat de hulpvrager precies wil, vooral omdat veel mensen die om hulp bij zelfdoding vragen, eigenlijk een goede, effectieve behandeling willen: 'Er moet iets anders gebeuren, het is geen leven op deze manier'. Er zijn dan toch vaak behandelingen en andere mogelijkheden die nog niet zijn toegepast.

Vrijwel altijd is suïcidaliteit een teken van psychopathologie. De groep suïcidale psychiatrische patiënten die weloverwogen de balans heeft opgemaakt, is klein. Suïcidaliteit en een vraag om hulp bij zelfdoding dienen daarom in eerste instantie te worden opgevat als signalen van onderliggende problematiek. Het beleid zal dan gericht moeten zijn op levenshulp: suïcidepreventie, en behandeling van de onderliggende problematiek. Vaak wordt al snel duidelijk dat er bij de hulpvrager een psychiatrische stoornis bestaat die de oordeelsvorming en daarmee de wilsbekwaamheid in ernstige mate belemmert. Als de stoornis tijdelijk is, of goed behandeld kan worden met gesprekken en/of medicijnen, zal de psychiater proberen uit te leggen dat er nog geen reden is om de hoop te laten varen. Vervolgens zal hij aanbieden ervoor te zorgen dat de hulpvrager een adequate psychiatrische behandeling krijgt.

Gezien het voorafgaande kunnen deze richtlijnen bijdragen aan een beter en zorgvuldiger hulpverlening aan patiënten met een duurzame doodswens en daarmee aan preventie van zelfdoding. Ze dwingen de behandelaar te zoeken naar oplossingen voor ogenschijnlijk hopeloze situaties. Het is daarbij van belang dat hij de patiënt laat zien dat hij zijn doodswens au sérieux neemt, al was het alleen maar om een goede behandelrelatie tot stand te brengen. In dit verband hoort hij uit te leggen wat de verplichtingen zijn die uit deze richtlijnen voortvloeien voor zowel de patiënt als de behandelaar, zodat ook de patiënt begrijpt wat hij verwachten en vragen mag. Verder is het mogelijk op basis van deze richtlijnen wederzijdse afspraken te maken over een route die uiteindelijk kan leiden tot hulp bij zelfdoding. De commissie vindt het overigens onjuist om zulke afspraken

te maken indien in de geheime agenda van de behandelaar elke hulp bij zelfdoding principieel wordt uitgesloten (zie paragraaf 2).

2 Principiële bezwaren

Over hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten bestaan uiteenlopende opvattingen, zowel in de samenleving als binnen de beroepsgroep van psychiaters. In de eerste plaats bestaat er de door de commissie onderschreven opvatting dat hulp bij zelfdoding in uitzonderlijke gevallen medisch-ethisch verantwoord handelen kan zijn. Als uiterste staat daartegenover, ook binnen de beroepsgroep, de opvatting dat hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten in alle gevallen principieel afgewezen moet worden. Voor deze principiële afwijzing worden verschillende gronden gegeven, zoals:

- zelfdoding is in het algemeen ethisch onaanvaardbaar;
- hulp bij zelfdoding is onverenigbaar met een medische of psychiatrische hulpverleningsrelatie;
- als een patiënt zichzelf zonder hulp kan doden, mag hij een ander niet om hulp vragen;
- bij psychiatrische patiënten is nooit overtuigend vast te stellen of zijn doodswens weloverwogen is of voortvloeit uit onderliggende pathologie;
- volledige zekerheid over het beloop van psychiatrische stoornissen bestaat niet, hetgeen betekent dat er ook nooit sprake kan zijn van uitzichtloosheid.

Deze opvattingen verdienen als zodanig respect. De commissie gaat ervan uit dat er op individuele psychiaters een morele noch een juridische plicht rust om hulp bij zelfdoding te verlenen aan psychiatrische patiënten die daarom vragen. Evenmin bestaat er een vanzelfsprekend recht op hulp bij zelfdoding. Wel heeft elke psychiater de plicht om zorgvuldig om te gaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding.

Een richtlijn voor verantwoord hanteren van zulke verzoeken heeft betekenis voor alle leden van de beroepsgroep, los van hun eigen professionele of ethische opvattingen. Een psychiater die principieel weigert hulp bij zelfdoding te bieden, dient dit standpunt wanneer de situatie daarom vraagt, tijdig aan de patiënt duidelijk te maken. Van de psychiater mag verwacht worden dat hij bereid is openheid te betrachten over zijn eigen opstelling en dat hij de verschillen van inzicht tijdig met de patiënt bespreekt. Hij zal de patiënt moeten informeren over zijn plan voor levenshulp, en over de mogelijkheid dat de patiënt, als deze zijn verzoek om hulp bij zelfdoding handhaaft, een andere psychiater benadert.

Het is denkbaar dat de psychiater ook principiële bezwaren heeft tegen verwijzing naar een psychiater die hulp bij zelfdoding niet principieel afwijst. Er is in deze situatie geen sprake van een verwijsplicht, maar zo nodig zal er bereidheid moeten zijn de patiënt enige hulp te verlenen bij het vinden van een andere psychiater. Daarbij dient de psychiater vanzelfsprekend aan die andere collega alle relevante informatie te verstrekken. Het is daarbij niet strikt noodzakelijk dat de relatie met de tot dan toe behandelend psychiater verbroken wordt. Indien de patiënt de behandelrelatie niet wenst voort te zetten, dan mag van de psychiater verwacht worden dat hij medewerking verleent aan een zorgvuldige beëindiging van de relatie met de patiënt en aan de overdracht van de gegevens aan de collega. In het *Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003* van het hoofdbestuur van de KNMG (2003) wordt terecht gesteld dat het van groot belang is dit proces tijdig in te zetten, niet alleen omdat er dan nog gelegenheid is rustig de wederzijdse meningen af te tasten en deze ook te blijven respecteren, maar ook om de collega-psychiater in de gelegenheid te stellen met de patiënt een behandelrelatie aan te gaan.

3 Situationele bezwaren

Ook als de psychiater een verzoek om hulp bij zelfdoding niet om principiële redenen afwijst, kan hij met de patiënt van mening verschillen over de vraag of aan de voorwaarden voor hulp bij zelfdoding wordt voldaan. Dat kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van een verschil in beoordeling en waardering van de uitzichtloosheid of de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt. De psychiater zal dan nader moeten onderzoeken waarom de patiënt zijn lijden als ondraaglijk en uitzichtloos ervaart en of de hulpverlening verbeterd kan worden.

Er is dan de mogelijkheid dat de behandelend psychiater, in overleg met de patiënt, een second opinion vraagt aan een collega. In dat geval is er echter geen sprake van een onafhankelijke consultatie in het kader van de zorgvuldigheidseisen, omdat de behandelend psychiater zelf van mening is dat er niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De patiënt moet duidelijk geïnformeerd worden over de status van een dergelijke second opinion en van het doel. De second opinion is bedoeld voor de patiënt om, naast het oordeel van zijn behandelend psychiater, de visie van een ander te verneemen over diagnostiek en behandeling, waarna in principe de behandelrelatie met de oorspronkelijke behandelend psychiater wordt voortgezet.

4 Hulp bij zelfdoding

Suïcidaliteit is niet per definitie een psychopathologisch verschijnsel. Volgens de commissie is het mogelijk dat in uitzonderlijke gevallen een verzoek om hulp bij zelfdoding, geuit door een psychiatrisch patiënt, het resultaat is van een zorgvuldig afwegingsproces. Hoewel veel van de door psychiatrische patiënten geuite doodswensen een tijdelijk en daarmee voorbijgaand karakter hebben, gaat de commissie ervan uit dat in sommige gevallen een doodswens een duurzaam karakter kan krijgen en uiteindelijk aanwezig blijft.

De commissie vindt het zeer belangrijk dat de psychiater in een vroeg stadium duidelijkheid schept over het traject dat de patiënt en de behandelaar dienen te doorlopen alvorens definitief besloten kan worden over het verzoek om hulp bij zelfdoding. Het zo vroeg mogelijk bespreken van de richtlijnen voor hulp bij zelfdoding verschaft de patiënt duidelijkheid, ook over de eigen inspanningen die hij dient te leveren. De psychiater kan dan samen met de patiënt initiatieven ontplooien om een dreigende zelfdoding te voorkomen. De patiënt moet zich zo vroeg mogelijk bewust worden van deze inspanningsverplichting, vooral wat betreft de medewerking aan nog in aanmerking komende behandelingen. (Hoofdstuk 3, paragraaf 5.1 gaat uitgebreid in op het begrip redelijk behandelperspectief.) Het proces waarbij levenshulp voorop staat kost veel tijd, waarbij de psychiater in geen enkel geval kan afzien van de zorgvuldigheidseisen. Wel heeft de patiënt het recht te weten of zijn psychiater hem in het uiterste geval wel of niet zal helpen bij zelfdoding met begeleiding en middelen. Dat betekent overigens niet dat de behandelend psychiater een toezegging mag doen over hulp bij zelfdoding. Daarvoor dient hij in elk geval het oordeel van de geconsulteerde onafhankelijke psychiater af te wachten (zie hoofdstuk 3, paragraaf 6).

Hoofdstuk 3

Zorgvuldigheidseisen

1 Inleiding

Binnen het bestaande reguleringskader wordt een arts die hulp bij zelfdoding verleent, ontslagen van rechtsvervolging als hij zich aan bepaalde zorgvuldigheidseisen houdt. Dit zijn de volgende, in de wet neergelegde zorgvuldigheidseisen.

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.

Daarnaast is er sprake van een aantal relevante aspecten die niet in de wet van 2002 worden genoemd, maar die bij niet-naleving wel tot tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de arts zouden kunnen leiden.

7. Overige aspecten: overleg met vorige behandelaren en huisarts, overleg met naasten, het instellingsbeleid, de rol van de apotheker en de nazorg voor nabestaanden.

Deze eisen komen in dit hoofdstuk aan de orde. De verslaglegging komt aan bod in het volgende hoofdstuk. Een overzicht van het juridische kader wordt gegeven in bijlage 2.

2 Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Deze paragraaf behandelt de volgende zorgvuldigheidseisen.

- De arts is tot de overtuiging gekomen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

2.1 Vrijwillig verzoek

De eis van vrijwilligheid houdt in dat de psychiater zich ervan dient te vergewissen dat het verzoek onafhankelijk van dwingende invloeden door anderen tot stand is gekomen. Psychiatrische patiënten zijn door hun psychologische kwetsbaarheid en sociale beperkingen vaak afhankelijk van anderen. Zij kunnen zich, bijvoorbeeld als gevolg van meer of minder verholten signalen uit hun omgeving of uit een gevoel van schuld of last, gedwongen voelen om hun omgeving tegemoet te komen of te ontlasten door uit het leven te stappen. Het exploreren van zulke subjectief beleefde of eventueel zelfs werkelijke bestaande pressie vanuit de omgeving moet onderdeel zijn van de beoordeling of een vraag om hulp bij zelfdoding vrijwillig is.

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

2.2 Weloverwogen verzoek

Hulp bij zelfdoding kan alleen aan de orde zijn nadat de psychiater er volledig van overtuigd is geraakt dat de patiënt werkelijk dood wil. Dat is een beoordelingsproces dat het uiterste vergt van de psychiater. Hij moet beoordelen of de vraag weloverwogen is. Het vermogen van de patiënt om een weloverwogen besluit te nemen, dat wil zeggen zijn wilsbekwaamheid, speelt daarbij een grote rol. De maatstaf voor wilsbekwaamheid dient hoog te zijn. Behalve de in paragraaf 2.1 genoemde dwingende invloeden van buitenaf kunnen er immers ook dwingende invloeden van binnenuit werken, die pathologisch van aard zijn. Van zelfbeschikking is in principe alleen sprake als de patiënt vrij is van beide. 'In principe': in de werkelijkheid zijn er situaties denkbaar waarin de patiënt niet optimaal wilsbekwaam is, maar de psychiater toch overtuigd raakt van de ernst van de doodswens (paragraaf 9 gaat hier nader op in). Richtlijn blijft de vraag of de patiënt in voldoende mate en gedurende een langere tijd alle relevante feiten en omstandigheden heeft meegewogen.

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

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

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

2.2.1 Ad a: Een duidelijke keuze voor de dood

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

Overigens kan niet of moeilijk bespreekbaar gedrag dat tegenstrijdig lijkt te zijn met de doodswens, wel wijzen op pathologie in de besluitvorming. Zo kan een vraag om hulp bij zelfdoding, terwijl de patiënt tegelijkertijd op de lange termijn gericht gedrag toont, bijvoorbeeld het inschrijven voor een cursus of het kopen van een huis, wijzen op een verhulde vraag om levenshulp. Ook direct of terloops door de patiënt geuite klachten over de behandeling, zijn relaties of andere omstandigheden kunnen een aanwijzing zijn dat hij verhuld om levenshulp vraagt.

2.2.2 Ad b: Het afwegingsproces

Een noodzakelijke voorwaarde voor een goede afweging is dat de patiënt uitvoerig geïnformeerd is over zijn situatie en vooruitzichten (zie ook paragraaf 2.2.3) en dat hij deze informatie begrijpt. Voor een adequate afweging tussen dood en leven is het bovendien noodzakelijk dat de patiënt over voldoende ziektebesef en zelfkennis beschikt. Ziektebesef kan gedefinieerd worden als: het zich bewust zijn van de symptomen en de consequenties van de ziekte. Beseft de patiënt welke functiestoornissen hij heeft en begrijpt hij op welke wijze zij zijn gedrag en zijn situatie beïnvloeden? Begrijpt hij de informatie die de behandelaar hierover geeft en betreft hij die op de juiste wijze op zijn eigen situatie?

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

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

Zelfkennis kan gedefinieerd worden als: kennis over persoonlijke eigenschappen die van wezenlijke invloed zijn op de kwaliteit van het leven, bijvoorbeeld de neiging om sociale situaties te vermijden of zich afhankelijk te maken van anderen. Zelfkennis impliceert dat men beseft hoe bepaalde karaktertrekken de perceptie van de omgeving en de interactie met anderen beïnvloeden. Bij persoonlijkheidsstoornissen kan de interactie met de hulpverlener in sterke mate beïnvloed worden door pathologische persoonskenmerken waarvan de patiënt zich niet bewust is. Deze kenmerken beïnvloeden soms niet alleen het lijden van de patiënt, maar kunnen ook op betrekkingniveau hun invloed doen gelden op de vraag om hulp bij zelfdoding, bijvoorbeeld door een aandrang om vanuit almachtsfantasieën de hulpverlener machteloos te maken en behandeling en levenshulp te ondermijnen. Soms zijn dergelijke persoonlijkheidsstoornissen zo uitgesproken aanwezig, dat er sprake is van een verminderde wilsbekwaamheid. Ziektebesef en zelfkennis vereisen soms veel intellectueel en psychologisch inzicht van de patiënt. De patiënt en de psychiater moeten zich beiden inspannen voor het bereiken van een inzicht dat zo groot is als men redelijkerwijs mag verwachten op grond van de psychosociale en intellectuele achtergrond van de patiënt. Soms is een optimaal ziektebesef en een zekere mate van zelfkennis essentieel voor het slagen van een behandelplan. Gebrek aan kennis over de ziekte en aan zelfkennis vormen naar de mening van de commissie dan ook een aanleiding voor een langer durend traject van voorlichting en psycho-educatie.

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

Wel moet de psychiater beoordelen in hoeverre primitieve neigingen en aandriften die voor het bewuste deel van de persoonlijkheid niet aanvaardbaar zijn en daardoor uit het bewustzijn worden verdrongen, een rol hebben gespeeld bij de keuze voor de dood (zie ook paragraaf 5.3). De kans dat bij psychiatrische patiënten onbewuste, irrationele motieven, voortvloeiend uit onbewuste innerlijke conflicten, een belangrijke rol spelen bij de vraag om hulp bij zelfdoding, is niet gering. Het gaat de commissie echter te ver om te stellen dat alle psychiatrische patiënten, als categorie, niet in staat zijn tot een weloverwogen keuze voor de dood.

2.2.3 Ad c: Duurzaam verlangen naar de dood

Uitgesloten moet worden dat een psychiater ingaat op een verzoek om hulp bij zelfdoding dat in een opwelling gedaan wordt. De ontwikkeling van het verlangen naar de dood is te beschouwen als een proces waarin bepaalde stadia worden doorlopen totdat de dood als enige keuze overblijft. In het beginstadium wordt het beleven doordrongen van het besef dat de toestand ondraaglijk is. Daarna volgt er een meer of minder snelle ontwikkeling tot het gevoel ontstaat dat er iets moet gebeuren, ten slotte uitmondend in het besef dat de dood de enige oplossing is. In dit proces hebben verschillende gebeurtenissen en omstandigheden invloed op de overgang naar een volgend stadium. Door nauwkeurig aandacht te besteden aan de ontwikkelingsgeschiedenis van het doodsverlangen, kan de psychiater zich een beeld verschaffen van de duurzaamheid ervan. Aanvullend kan hij er bij familie en gezinsleden naar informeren (zie ook paragraaf 8.2).

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

Ook al is het schriftelijk vastleggen van het verzoek door de patiënt geen wettelijke eis, het verdient het in de regelgeving wel de voorkeur. Het heeft echter het nadeel dat het de patiënt zou kunnen vastpinnen op zijn zelf-

dodingsplan. Als het verzoek, bijvoorbeeld om deze reden, niet schriftelijk wordt vastgelegd, zal de psychiater wel nauwkeurig moeten nagaan en schriftelijk moeten vastleggen hoe en hoe vaak het verzoek is geuit.

3 Ondraaglijk en uitzichtloos lijden

Deze paragraaf behandelt de volgende zorgvuldigheidseis:

- De arts is tot de overtuiging gekomen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

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

Verzoeken om levensbeëindigend handelen worden meestal gedaan door somatisch zieke patiënten waarvan het overlijden binnen enkele weken is te voorzien. Het verdere ziektebeloop en zeker de nog resterende tijd van leven is dan redelijk voorspelbaar. Bij ernstige, progressieve ziekten is er vaak minder zekerheid over het ziektebeloop en de resterende levensduur. De verwachtingen van de voortgaande lijdensdruk en de levensduur bepalen dan in sterke mate de ondraaglijkheid van het lijden. Voor patiënten met onbehandelbaar gebleken psychiatrische stoornissen zal de ondraaglijkheid van het lijden in sterke mate bepaald worden doordat het vooruitzicht van het lijden levenslang is.

3.1 Ondraaglijk lijden

Lijden is altijd subjectief en kan voor een ander nooit volledig invoelbaar zijn. Een zekere mate van subjectiviteit is bij het beoordelen van het lijden van de patiënt dan ook onvermijdelijk. Patiënten verschillen in pijndrempel en emotionele draagkracht. Toch moet de ondraaglijkheid van het lijden voor de psychiater ten minste invoelbaar zijn. Daarbij kan hij zijn kennis over de persoonlijkheid, de biografie en de psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt laten meewegen. De beoordeling van het lijden van de patiënt heeft dus belangrijke professionele en objectiveerbare elementen (zie paragraaf 5.1). De mate waarin de psychiater het lijden van de patiënt kan invoelen, is mede afhankelijk van de aard van het lijden en van de duur en het karakter van de therapeutische relatie.

De psychiater zal in elk geval kennis moeten nemen van velerlei aspecten van het lijden en van de factoren die het al dan niet draaglijk maken.

Daarbij gaat het behalve om de subjectieve beleving van de patiënt om de verhouding tussen draaglast en draagkracht. Tegenover de draagkracht van de patiënt en zijn sociale omgeving moet de draaglast geplaatst worden die het gevolg is van de symptomen, beperkingen, invaliditeit en bijkomende tegenslagen. Verder dient altijd het ontstaan en het beloop van het lijden onderzocht te worden, in samenhang met somatische, psychologische of sociale factoren die de stoornis hebben uitgelokt of onderhouden.

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

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

3.2 Uitzichtloos lijden

Lijden is uitzichtloos wanneer er geen uitzicht bestaat op verlichten, verzachten of wegnemen ervan. Met andere woorden: wanneer er geen behandelperspectief meer is. Bij bepaalde vormen van somatisch lijden, bijvoorbeeld een irreversibele dwarslaesie, staat de onbehandelbaarheid van de aandoening met zekerheid vast. Bij veel, zo niet alle psychiatrische stoornissen is het onmogelijk om met absolute zekerheid het verdere beloop te voorspellen. Het is, in elk geval theoretisch, altijd mogelijk dat na jaren nog spontaan herstel optreedt. Bovendien zijn er, als de meest voor de hand liggende behandelingen zijn geprobeerd, vaak in theorie nog wel diverse alternatieve behandelingen mogelijk. Absolute onbehandelbaarheid bestaat in de psychiatrie dus vrijwel niet, behalve als de psychiatrische stoornis berust op bijvoorbeeld een aantoonbaar irreversibele hersenbeschadiging. Om deze reden acht de commissie het van belang om van onbehandelbaarheid te spreken indien er geen redelijk behandelperspectief meer bestaat (zie paragraaf 5.1).

Bij een beoordeling van het levensperspectief van een patiënt die zijn situatie als uitzichtloos ervaart, spelen andere dan medische overwegingen een rol. Aanwezigheid van een levensperspectief is immers nauw verbonden met zaken die de betrokkene zelf als waardevol, zinvol en nastrevenswaardig beschouwt. In die zin is de ervaring van uitzichtloosheid sterk

persoonsgebonden en individueel. De hulpverlener zal het geheel van waarden, normen en levensdoelen van de patiënt mede als uitgangspunt moeten nemen bij de beoordeling of zijn lijden uitzichtloos is.

4 Voorlichting over situatie en vooruitzichten

Deze paragraaf behandelt de volgende zorgvuldigheidseis.

- De arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten.

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

- uitleg over de pathologie die aan zijn lijden ten grondslag ligt;
- de mogelijkheden om zijn lijden te verzachten of te verminderen;
- de te verwachten gewenste en ongewenste effecten daarvan;
- de prognose bij het achterwege laten van verdere behandeling.

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

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

5 Geen redelijke andere oplossing

Deze paragraaf behandelt de volgende zorgvuldigheidseis.

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

Uitgaande van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en aansluitend bij de opvattingen Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) van de KNMG spreekt de commissie

van ‘geen redelijke andere oplossing’ (en eveneens van uitzichtloosheid) indien er geen redelijk behandelperspectief meer is voor de patiënt. In het vereiste dat het lijden uitzichtloos is, ligt al besloten dat er geen redelijke behandelopties meer aanwezig zijn. De toegevoegde waarde van dit vereiste is dat zowel de psychiater als de patiënt expliciet moeten afwegen welke mogelijkheden er nog zijn en of die een reëel perspectief kunnen bieden. Bij de beoordeling door de psychiater van de aanwezigheid van reële behandel mogelijkheden zal diens professionele oordeel maatgevend zijn. Daarnaast is de subjectieve inschatting van de patiënt en diens voorgeschiedenis van belang. De patiënt dient bereid te zijn redelijke behandelingen ook daadwerkelijk te ondergaan (zie paragraaf 5.2). Een apart punt in dit zorgvuldigheidscriterium is het aspect van mogelijke overdracht en tegenoverdracht (zie paragraaf 5.3).

5.1 Redelijk behandelperspectief

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

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

5.1.1Ad a: *Zicht op verbetering bij adequate behandeling*

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

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

De behandelaar dient hierbij in elk geval uit te gaan van de richtlijnen en consensusdocumenten die de beroepsvereniging heeft vastgesteld. De behandelingen zelf moeten binnen de state of the art vallen. Bij een patiënt met een depressieve stoornis bijvoorbeeld zal de biologische behandeling

in elk geval moeten hebben omvat: een modern antidepressivum, een tricyclisch antidepressivum met controle van bloedspiegels, lithiumtoevoeging, een klassieke monoamineoxidaseremmer en elektroconvulsietherapie. De psychiater zal ook moeten nagaan of er aanleiding is om nog enkele andere minder reguliere maar wel in richtlijnen genoemde alternatieven te proberen, zoals toevoeging van schildklierhormoon. Verder zal hij bij een depressieve patiënt moeten nagaan of reguliere vormen van psychotherapie, zoals interpersoonlijke therapie, cognitieve therapie of, indien geïndiceerd, systeemtherapie, zijn toegepast door een gekwalificeerde therapeut. Deze richtlijn gaat uit van de state of the art tijdens het opstellen van dit document.

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

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

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

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

5.1.2 Ad b: Overzienbare termijn

Als er volgens de laatste medische opvattingen wel zicht op verbetering is, maar niet binnen een overzienbare termijn, bestaat er geen redelijk behandelperspectief. Wat een overzienbare termijn is, kan niet los van de indivi-

duale situatie en voorgeschiedenis van de hulpvrager worden beoordeeld. De commissie vindt dat het niet mogelijk is in kwantitatieve zin aan te geven wat een 'overzienbare termijn' is, maar meent dat hierbij onder meer de volgende aandachtspunten van belang zijn:

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

5.1.3Ad c: Verhouding tussen resultaten en belasting

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

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

5.2 Instemming met behandeling

Wil een behandeling effectief zijn, dan is het uiteraard noodzakelijk dat de patiënt instemt met de behandeling: hij moet bereid zijn de medicatie in te nemen, aan de psychotherapie deel te nemen en eventuele andere interventies te ondergaan. Dilemma's kunnen ontstaan wanneer de patiënt de voorgestelde behandeling weigert. Naar het oordeel van de Hoge Raad uit 1994 (zie bijlage 2), kan van uitzichtloosheid in beginsel geen sprake zijn als een redelijk alternatief om het lijden te verlichten door de hulpvrager in volle vrijheid wordt afgewezen. Deze uitspraak behoeft echter nuancering. Bepaalde behandelingen mogen naar de mening van de commissie nooit geweigerd worden. Dat geldt in ieder geval voor biologisch-psychiatrische behandelingen in alle geïndiceerde gevallen, vanwege het betrekkelijk snel te verwachten effect en de zelden ernstige bijwerkingen. De psychiater zal zich echter moeten afvragen hoe andere, meer ingrijpende behandelingen die hij voorstelt, het lijden van de patiënt zouden kunnen beïnvloeden.

Uiteraard gaat het daarbij om een inschatting van kansen, mogelijkheden en waarschijnlijkheden, en niet om zekerheden. De volgende vraag is dan: zal de patiënt de eventuele verbetering zelf als waardevol ervaren? Daarbij spelen zijn waarden, normen en levensdoelen een rol (zie ook paragraaf 3.2). Als de psychiater redelijkerwijs kan aannemen dat de patiënt zijn lijden ook dan nog als ondraaglijk zal blijven ervaren dan wordt de behandelweigering aanvaardbaar. In een dergelijk geval hoeft de weigerings hulp bij zelfdoding niet uit te sluiten. Als de psychiater verwacht dat de patiënt het resultaat van de behandeling wel als waardevol zal beleven, is het verlenen van hulp bij zelfdoding echter onaanvaardbaar.

Bij de beoordeling van een behandelweigerings moeten de aandachtspunten voor het uitzichtloze lijden en het redelijke behandelperspectief (paragrafen 3.2 en 5.1) betrokken worden. In een individueel geval kan de psychiater daarbij tot de conclusie komen dat de verhouding tussen belasting en te verwachten resultaten van de voorgestelde behandeling niet redelijk is.

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

5.3 Overdracht en tegenoverdracht

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

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

- De beslissing om hulp bij zelfdoding te verlenen kan voortkomen uit het motief dat de behandelaar zich zo goed in de situatie kan verplaatsen. Dit is een gevaarlijk argument, omdat het kan samenhangen met de eigen angst voor aftakeling, eenzaamheid en ziekte.
- De angst voor de eigen dood kan een open bespreking van een doodswens in de weg staan.
- De doodswens van de patiënt kan een strijdpunt worden in de behandelrelatie.
- Een psychiater kan besluiten hulp bij zelfdoding te verlenen om zichzelf te verlossen van gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid, resulterend in het gevoel tenminste iets actiefs aan het lijden te hebben kunnen doen.
- Irrationale reddersfantasieën van de hulpverlener daarentegen kunnen een rol spelen bij het weigeren van hulp bij zelfdoding. Nogal wat hulpverleners zien suïcide als hun persoonlijke falen.

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

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

6 Consultatie van een onafhankelijke arts

Deze paragraaf behandelt de volgende zorgvuldigheidseis.

- 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.

6.1 De eis van consultatie

Naast de meer inhoudelijke eerste vier zorgvuldigheidseisen staan de procedurele eisen. De eerste daarvan is dat een arts een onafhankelijke collega consulteert. Het oordeel van de geconsulteerde psychiater dient zo onaf-

hankelijk mogelijk te zijn. Dit betekent dat een psychiater die niet bij de behandeling betrokken is of is geweest en niet in dezelfde instelling werkt, de patiënt zelf moet onderzoeken.

Voordat een psychiater de toezegging doet de consultatie uit te voeren, zal hij voor zichzelf moeten bepalen dat hij voldoende onafhankelijk is. De geconsulteerde psychiater moet zelfstandig een deskundig en onafhankelijk oordeel op schrift geven aan de consultvragende psychiater over de zorgvuldigheidseisen. Hiervoor moet de geconsulteerde psychiater een gesprek hebben met de behandelaar, inzage hebben in het medische dossier en de patiënt zien en spreken. De consulent mag daarbij niet in de positie gebracht worden van degene die hulp bij zelfdoding goedkeurt. De consulent ziet en spreekt de patiënt om te beoordelen of de eigen psychiater niets over het hoofd heeft gezien in het kader van de zorgvuldigheidseisen. De behandelende psychiater dient geen toezegging aan de patiënt te doen over hulp bij zelfdoding, maar dient het advies van de onafhankelijke psychiater af te wachten. De behandelende psychiater is degene die na de consultatie zelf beslist of hij de gevraagde hulp bij zelfdoding verleent. Dit moet hij de patiënt duidelijk vertellen.

De commissie vindt dat de behandelende psychiater zelf van mening moet zijn dat hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd is, voordat hij formeel om een externe consultatie vraagt. Hij mag de consultatie niet gebruiken om zijn eigen twijfels te overwinnen. Zolang hij nog twijfelt, ligt het meer voor de hand dat hij overlegt met collega's in zijn eigen instelling of directe omgeving, en zo nodig met collega's met specifieke deskundigheid. Zij kunnen hem wijzen op aandachtspunten in het onderzoek en op behandelingen die in de betreffende casus nog geïndiceerd zijn. Voor de beoordeling van subjectieve aspecten, zoals overdracht en tegenoverdracht, is het belangrijk dat een collega contact heeft met de patiënt (zie ook paragraaf 5.3). Intercollegiaal overleg kan echter ook plaatsvinden zonder dat de collega de patiënt zelf ziet.

Informeel overleg met collega's is in alle gevallen aan te raden. De behandelende psychiater schept er meer ruimte mee in zijn contact met de patiënt voordat hij de stap naar officiële onafhankelijk consultatie zet, die door de patiënt als de laatste stap kan worden beleefd. Om dezelfde reden beveelt de commissie aan van tevoren met de onafhankelijke consulent te overleggen over eventuele tussenstappen. De consulent moet daarbij dan wel beschikken over voldoende informatie.

In het kader van een consultatie moet de onafhankelijke consulent de patiënt altijd zelf onderzoeken. Alleen als hij op grond van de gegevens die hij van de behandelende psychiater krijgt (zie paragraaf 6.2) al kan concluderen dat hulp bij zelfdoding niet gerechtvaardigd is, mag hij daarvan afzien. Een van de vragen waarop de consulent antwoord moet geven, is of er behandelalternatieven bestaan. Het is dan ook aan te bevelen iemand voor

de consultatie te benaderen die een bijzondere deskundigheid heeft op het gebied van de betreffende psychiatrische stoornis. Daarbij moet ook overwogen worden of consultatie en eventueel opname in een universiteitskliniek of een andere gespecialiseerde kliniek geïndiceerd is, om de betere mogelijkheden voor onderzoek en intensieve behandeling te scheppen. In bepaalde gevallen, bijvoorbeeld als er sprake is van comorbiditeit, kan het wenselijk zijn om de patiënt voor een deel van de psychiatrische problematiek door een tweede consulent te laten onderzoeken. Verder is het mogelijk dat een niet-psychiater de aangewezen persoon is om een aanvullend oordeel te geven over behandelmogelijkheden. Dit kan bijvoorbeeld een klinisch psycholoog zijn die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling. De commissie vindt echter niet dat in alle gevallen een dubbele consultatie, dus door twee psychiaters, nodig is.

6.2 De vragen die de consulent worden voorgelegd

De consultvragende psychiater moet de consulent voorzien van alle relevante informatie en een beredeneerd verslag waaruit blijkt dat naar zijn mening aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. In hoofdstuk 5 is een lijst opgenomen van de aandachtspunten voor verslaglegging. Als leidraad voor het verslag van de behandelende psychiater aan de consulent kunnen de paragrafen 2.1 en 2.2 van hoofdstuk 5 gebruikt worden. Het verslag moet vergezeld gaan van een expliciete formulering van de vragen waarop de consulent antwoord moet geven. De geconsulteerde psychiater dient een onafhankelijk oordeel te geven over de navolgende vier in de wet genoemde zorgvuldigheidseisen:

- de overtuiging dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;
- de overtuiging dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
- de voorlichting aan de patiënt over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten;
- het met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is.

Voor deze punten wordt verwezen naar de voorgaande paragrafen. Tevens dient de onafhankelijke consulent in elk geval zijn mening te geven over de psychiatrische diagnose, de duurzaamheid van het doodsverlangen en eventuele overdrachts- en tegenoverdrachtsaspecten in de behandelrelatie. De consulent zal zich moeten afvragen welke gegevens hij nodig heeft om tot een afgewogen oordeel te komen. Hij mag geen oordeel geven als de gegevens waarover hij beschikt voor een dergelijk oordeel ontoereikend zijn. In zijn eigen verslag moet hij waar nodig de gegevens van de consultvrager aanvullen. Verder is een verslag noodzakelijk van zijn eigen contact met de hulpvrager, van het overleg met de behandelende psychiater en van

zijn oordeel of van de behandelende psychiater om te beoordelen of de behandelende psychiater de juiste professionele distantie in acht heeft genomen. Als overdracht en tegenoverdracht de hulpverleningsrelatie hebben verstoord, moet dit expliciet worden vermeld. De kern van het schriftelijke verslag van de consulent zal echter gevormd worden door zijn beoordeling van de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Daarover moet hij een beredeneerd oordeel formuleren.

De commissie is van mening dat de consulent in staat geacht kan worden om zich, mede op basis van de tevoren verstrekte informatie, een eigen oordeel te vormen over de vrijwilligheid van het verzoek, de wilsbekwaamheid, het doodsverlangen en de duurzaamheid, de aard en de uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt. De mate van ondraaglijkheid van dat lijden zal hij echter slechts ten dele kunnen beoordelen. Zijn contact met de patiënt zal daarvoor te kort zijn.

De beoordeling van de uitzichtloosheid brengt met zich mee dat de consulent nagaat of er alternatieve behandelingen mogelijk zijn. Hij zal expliciet moeten formuleren waarom er geen alternatieven meer bestaan, dan wel een advies moeten geven voor een behandeling die nog niet eerder geprobeerd is. Hij kan ook adviseren een andere psychiater of gespecialiseerde hulpverlener speciaal voor dit aspect te consulteren. De behandelende psychiater dient notitie te nemen van elk wezenlijk verschil van inzicht, en dit te bespreken met de consulent.

Gelet op de uitzonderlijke behoedzaamheid die geldt voor het verstrekken van hulp bij zelfdoding door een psychiatrische patiënt, beveelt de commissie aan een tweetal consulenten te raadplegen. Daarbij verdient het de aanbeveling een eerste consulent te vragen die in het bijzonder expertise heeft op het gebied van de psychiatrische stoornis van de patiënt. Een tweede consulent kan vervolgens meer in algemene zin de zorgvuldigheidseisen toetsen waarbij de uitkomsten van de eerste consulent betrokken kunnen worden met betrekking tot de uitzichtloosheid van het lijden. De tweede consulent dient bij voorkeur ook ervaring te hebben als SCEN-arts (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland). In Nederland zijn verschillende netwerken van SCEN-artsen operationeel. Belangrijk is op te merken dat inmiddels ook een aantal psychiaters SCEN-arts is.

Als een van de consulenten het wat betreft de zorgvuldigheidseisen oneens is met de behandelende psychiater dan moet de laatste, om toch hulp bij zelfdoding te verlenen, wel zeer goede argumenten hebben om aan te tonen dat er een volstrekt onaanvaardbare toestand zonder enig uitzicht blijft bestaan. Bij een fundamenteel meningsverschil is hulp bij zelfdoding in principe niet te rechtvaardigen en dient men altijd nog een derde consulent te raadplegen. Deze consulent moet op de hoogte gebracht worden van het oordeel van de eerste en tweede consulent. Indien ook de derde consulent

concludeert dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan dan is hulp bij zelfdoding naar de mening van de commissie uitgesloten.

Tot slot wil de commissie benadrukken dat de behandelende psychiater de patiënt in een vroeg stadium dient in te lichten over het doel van de consultatie en over de belangrijkste vragen die hij aan de consulent stelt. Hij moet daarbij duidelijk maken dat hijzelf degene is die uiteindelijk besluit om hem al dan niet te helpen bij zijn zelfdoding. Het doel van consultatie is naar de mening van de commissie uitdrukkelijk geen gemeenschappelijke besluitvorming, maar toetsing van de beoordeling van de behandelende psychiater. Tegelijkertijd biedt consultatie de garantie dat de feiten van de casus beoordeeld en vastgelegd worden door een onafhankelijke deskundige.

7 Medisch zorgvuldige uitvoering hulp bij zelfdoding

Deze paragraaf behandelt de volgende zorgvuldigheidseis.

- De arts heeft de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.

De wet van 2002 heeft met deze eis vooral oog voor de zorgvuldigheid waarmee de handelende arts de hulp bij zelfdoding verleent. Daarbij valt te denken aan de keuze van de juiste medicatie, de goede dosering en de wijze van toediening. De wijze waarop de zelfdoding plaatsvindt, is afhankelijk van de individuele situatie en de wensen van de patiënt. Er zullen praktische zaken geregeld moeten worden, die de psychiater van tevoren moet doorspreken met de patiënt, en eventueel ook met diens naasten. Deze richtlijnen geven hiervoor geen gedetailleerde voorschriften; wij noemen alleen een paar vragen die zich zullen voordoen.

Bij hulp bij zelfdoding geldt het vereiste van de aanwezigheid van de psychiater. De psychiater moet vlak voor de hulp bij zelfdoding altijd aan de patiënt vragen hoe hij zich voelt en of hij dit echt wil. Het kan van belang zijn voor een goede rouwverwerking van de aanwezigen als zij in de gelegenheid zijn om de laatste woorden van de patiënt goed te verstaan. Aan gezien inname van euthanatica niet altijd tot een snelle dood zal leiden, moet de psychiater in elk geval bereid zijn om zo nodig alsnog een spierrelaxans te injecteren wanneer de dood lang uitblijft, bijvoorbeeld langer dan vijf uur.

Onmiddellijk na de zelfdoding moet de gemeentelijke lijkschouwer op de hoogte worden gesteld van het overlijden van de patiënt ten gevolge van zelfdoding waarbij hulp verleend is. Daarbij verzendt de behandelende psychiater een verslag, dat de beredeneerd en volledig ingevulde lijst met aandachtspunten uit hoofdstuk 5, paragraaf 2 bevat. Verder moet de eerste

geneeskundige van de instelling waar de patiënt onder behandeling was, geïnformeerd worden over de zelfdoding. Deze licht vervolgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg in.

De gemeentelijke lijkschouwer controleert de wilsverklaring van de patiënt, het meldingsverslag van de psychiater en de schriftelijke rapportage van de consultant(en). Hij draagt zorg voor verzending naar de regionale toetsingscommissie.

8 Overige aspecten

Deze paragraaf behandelt de overige zorgvuldigheidseisen.

- Overige aspecten: overleg met vorige behandelaren en huisarts, overleg met naasten, het instellingsbeleid, de rol van de apotheker en de nazorg voor nabestaanden.

8.1 Overleg met vorige behandelaren en huisarts

In overleg met de patiënt kan de psychiater vorige behandelaren van de patiënt benaderen om aanvullende gegevens te verkrijgen die hij van belang acht voor zijn besluitvorming. Die betreffen in de eerste plaats de inhoudelijke zorgvuldigheidseisen: de vrijwilligheid en weloverwogenheid van de vraag om hulp bij zelfdoding, de duurzaamheid van het doodsverlangen en de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden. De patiënt moet hiervoor op gebruikelijke wijze toestemming verlenen. De psychiater zal hem duidelijk moeten maken dat informatie van bepaalde vorige behandelaren absoluut noodzakelijk is vanwege de zorgvuldigheidseisen.

Ook met de huisarts moet overleg plaatsvinden. Daarbij dienen minstens de volgende onderwerpen ter sprake te komen:

- de motivatie van de psychiater om hulp bij zelfdoding te overwegen;
- de mening van de huisarts over het verzoek en de beoogde uitvoering.

Het is waar dat lang niet elke patiënt zijn huisarts zal hebben ingelicht over zijn besluit tot zelfdoding en zijn vraag om hulp daarbij. Toch moet de huisarts volledig geïnformeerd worden, ook met het oog op de nazorg aan de naasten. In verband met de zorgvuldigheidseisen kan geen rekening gehouden worden met een eventuele wens van de patiënt om zijn huisarts er niet bij te betrekken. De commissie vindt dat de patiënt ermee zal moeten instemmen dat de huisarts informatie verstrekt indien die noodzakelijk is voor een zorgvuldige besluitvorming.

8.2 Overleg met naasten

De commissie vindt dat een psychiater die overweegt hulp bij zelfdoding te verlenen, tevoren moet overleggen met de naasten van de patiënt, vooral om onnodig leed te voorkomen. In de regel zal het overleg de levenspart-

ner, andere direct betrokken familieleden of de patiëntvertegenwoordiger betreffen. Als de patiënt geen toestemming geeft voor dit overleg, kan de psychiater besluiten af te zien van het verlenen van hulp bij zelfdoding. Er kunnen echter ook zwaarwegende redenen zijn om, op verzoek van de patiënt, juist niet met de naasten te praten. Voorbeelden daarvan zijn een langdurig en ernstig verstoorde familierelatie, het reeds jarenlang ontbreken van alle contact en mishandeling of misbruik in de voorgeschiedenis. In het algemeen dient de wens van de patiënt op dit punt te prevaleren. Wel zal de psychiater zich moeten inspannen om ten minste begrip te krijgen voor het belang van het overleg met de naasten.

Het overleg met de naasten dient een tweeledig doel voor de psychiater. In de eerste plaats biedt het hem de mogelijkheid de direct betrokkenen een overzicht te geven van de zorgvuldigheidscriteria die hij toepast. In de tweede plaats biedt het zicht op de (psychodynamische) verhoudingen tussen de patiënt en zijn directe naasten en kan aanvullende informatie ingewonnen worden over de situatie van de patiënt. De familieleden zelf biedt het de mogelijkheid te anticiperen op een eventuele zelfdoding door de patiënt, als voorbereiding op de rouwverwerking. Het is belangrijk dat niet alleen de patiënt, maar ook zijn directe omgeving goed geïnformeerd zijn over hoe de levensbeëindiging zal gaan verlopen, inclusief de praktische gang van zaken.

Als familieleden zich verzetten tegen het verlenen van hulp bij zelfdoding, dient dit met de patiënt te worden besproken. Uiteindelijk dient de wens van de patiënt echter te prevaleren. De psychiater moet zich dan inspannen om de motieven van de patiënt te verhelderen en begrip te kweken voor zijn wens tot zelfdoding.

8.3 Instellingsbeleid

Patiënten die om hulp bij zelfdoding vragen, zijn vaak in behandeling bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. De behandelaar maakt dan deel uit van een multidisciplinair behandelteam, terwijl de patiënt vaak samen met medepatiënten in behandeling is. Bij de patiënt zijn dan niet alleen de behandelende psychiater, de huisarts, familieleden en naasten betrokken, maar ook medepatiënten en teamleden. Die laatste categorie omvat onder andere arts-assistenten, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en andere bij de behandeling betrokken beroepsbeoefenaren. Soms zijn zij (hoofd)behandelaar of persoonlijk begeleider. Verder kan er een huisarts of een geestelijk verzorger van het psychiatrische ziekenhuis zijn, die regelmatig contact heeft met de patiënt. Veel beslissingen in instellingen worden niet door de behandelende psychiater alleen genomen, maar pas na overleg binnen een multidisciplinair behandelteam en met andere medewerkers. Zeker bij een beslissing om hulp bij zelfdoding te verlenen, ligt het voor de hand dat de meningen van de

andere leden van het behandelteam een rol spelen. Dit laat echter onverlet dat het uiteindelijk om een beslissing van de psychiater en de patiënt gaat, en niet om een beslissing van het behandelteam. De medische eindverantwoordelijkheid en de juridische aansprakelijkheid voor de beslissing om hulp bij zelfdoding te verlenen, ligt bij de behandelende psychiater. Alleen hij zal uiteindelijk de hulp bij zelfdoding mogen verlenen.

Een besluit om hulp bij zelfdoding te verlenen, kan grote gevolgen hebben voor een behandelteam. Teamleden die principieel tegen elke vorm van hulp bij zelfdoding zijn kunnen door een dergelijk besluit in emotionele problemen komen. Ook iemand die in principe wel instemt met het besluit, kan emotionele problemen ervaren. Hieraan moeten de teamleiding en het verantwoordelijke management van de instelling aandacht besteden, zowel voor als na de hulp bij zelfdoding.

In de begeleiding van medepatiënten zijn twee fasen te onderscheiden: voor en na de suïcide. Het kan voorkomen dat de patiënt die hulp bij zelfdoding vraagt, hierover medepatiënten informeert. Zulke situaties kunnen bij medepatiënten emotionele problemen veroorzaken, door gevoelens van medeverantwoordelijkheid, schuld en angst. Het behandelteam moet hierop alert zijn en de patiënt die om hulp bij zelfdoding vraagt, verzoeken tijdens het besluitvormingsproces geen medepatiënten te informeren. Als medepatiënten toch geïnformeerd raken, dient het behandelteam daarvan op de hoogte gebracht te worden. Ook nadat de hulp bij zelfdoding is verleend, kunnen andere patiënten in emotionele problemen komen. Het verdient aanbeveling om dan in grote lijnen de procedures te volgen die in de meeste instellingen bestaan voor de opvang van medepatiënten na een geslaagde suïcide (zie ook paragraaf 8.5).

Een apart punt is de vraag waar de hulp verleend wordt: wel of niet in de instelling? Zo ja: wel of niet op de eigen afdeling? Zo nee: waar dan wel? Hierover zijn geen algemene adviezen te geven. Patiënten kunnen op onderling zeer verschillende afdelingen verblijven: van acuteopnameafdelingen tot verblijfsafdelingen, en van een polikliniek tot een sociowoning. In de ene situatie kan het gewenst zijn de hulp te verlenen in een sociowoning waarin de patiënt al langdurig woont. Soms kan een overplaatsing naar een 'ziekenboeg' de voorkeur hebben. Als de mogelijkheid bestaat dat de zelfdoding plaatsvindt buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld in de eigen woning of in die van familie of naasten, dan dient dat volgens de commissie de voorkeur te hebben.

Binnen een instelling is de psychiater die hulp bij zelfdoding verleent, vaak niet de eindverantwoordelijke in de lijn. Boven hem staan bijvoorbeeld het divisie management, de eerste geneeskundige, de directie en het bestuur. Hoewel deze niet tuchtrechtelijk of strafrechtelijk aansprakelijk kunnen zijn voor het uiteindelijke besluit om hulp bij zelfdoding te verlenen, dragen zij vanuit hun eigen positie een eigen verantwoordelijkheid. Het

ligt dan ook voor de hand dat zij, net als de leden van het behandelteam, betrokken worden in het traject dat tot de uiteindelijke beslissing leidt. Deze uiteindelijke beslissing is de individuele verantwoordelijkheid van de behandelende psychiater en kan niet overgenomen worden door een commissie of een geneesheer-directeur.

Het lijkt niet opportuun dat instellingen aparte protocollen ontwikkelen voor de interne gang van zaken bij een verzoek om hulp bij zelfdoding. Wel dringt de commissie erop aan dat de instellingen duidelijkheid verschaffen over de interne procedure die zij noodzakelijk achten indien patiënten om hulp bij zelfdoding vragen. In elk geval moet de eindverantwoordelijke in de lijn, een medisch directeur of eerste geneeskundige, worden geïnformeerd. Deze dient te beoordelen of de juiste procedure is gevolgd. Tot die juiste procedure behoort in ieder geval dat de behandelende psychiater kennisneemt van de relevante richtlijnen, protocollen, discussienota's en vakliteratuur. Verder moet er aandacht zijn voor een werkklimaat waarin een open en constructieve discussie kan plaatsvinden over vragen om hulp bij zelfdoding. Ten slotte kan het ook nuttig zijn om voorafgaand aan de uiteindelijke beslissing afspraken te maken over de kosten van rechtsbijstand in een eventuele juridische procedure, voor zover de rechtsbijstand-verzekering van de hulpverlener zelf hierin niet voorziet.

Het is mogelijk om de Inspectie voor de Gezondheidszorg voorafgaand aan de beslissing te raadplegen over vragen en twijfels over de casus. Een verplichte stap is dit niet. Het geven van een advies ontnemt de inspectie niet de vrijheid om na het verlenen van hulp bij zelfdoding een procedure aanhangig te maken indien zij daartoe redenen aanwezig acht. Deze verantwoordelijkheid kan ertoe leiden dat de inspectie zich bij raadpleging vooraf terughoudend opstelt.

8.4 De rol van de apotheker

In de wettelijk verankerde meldingsprocedure voor euthanasie en hulp bij zelfdoding die de arts vanaf 1 juni 1994 moet volgen, wordt geen aandacht besteed aan de verantwoordelijkheid van de apotheker. Het Openbaar Ministerie heeft in overleg hierover met het Staatstoezicht op de Volksgezondheid benadrukt dat, als een arts wegens het plegen van euthanasie of verlenen van hulp bij zelfdoding wordt vervolgd, dit er normaal gesproken niet toe zal leiden dat ook de apotheker wegens medeplichtigheid wordt vervolgd. De Hoofdinspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen stelt zich dan ook op het standpunt dat er in het normale geval vanuit mag worden gegaan dat de apotheker voldoende is gediscuspeerd, als er voorafgaand aan de aflevering overleg met de voorschrijvend arts heeft plaatsgevonden.

Het besluit tot afleveren van een euthanaticum kan pas genomen worden nadat tijdig overleg heeft plaatsgevonden tussen de betrokken psychiater

en de apotheker. Als het om een ambulante psychiatrische patiënt gaat, zal dit in de regel de eigen (vrijgevestigde) apotheker betreffen; bij een klinische patiënt zal overlegd moeten worden met de ziekenhuisapotheker. De psychiater moet de apotheker daarbij voldoende informeren over die achtergronden die voor de apotheker relevant zijn. Een inhoudelijke discussie over de zorgvuldigheidseisen hoeft in dit verband niet plaats te vinden. De apotheker kan, zo nodig, over de farmaceutische aspecten een collega raadplegen, zonder de vertrouwelijkheid tegenover de psychiater en de patiënt te schaden.

Apothekers hebben het recht om vanuit hen moverende redenen te weigeren een euthanaticum af te leveren. In dat geval kan de psychiater vragen om verwijzing naar een andere apotheker die wel bereid is tot aflevering. Apothekersassistenten mogen niet worden betrokken bij de aflevering van een euthanaticum.

Het verzoek tot aflevering van een euthanaticum moet schriftelijk plaatsvinden. Het verzoek moet duidelijk zijn en voldoen aan de eisen die de Opiumwet stelt. Een euthanaticum mag door de apotheker uitsluitend rechtstreeks aan de psychiater afgeleverd worden. Op het etiket van de verpakking moet aangegeven zijn dat de verpakking en eventueel niet gebruikte restanten door de psychiater naar de apotheker dienen te worden teruggebracht.

In geval van hulp bij zelfdoding dient gekozen te worden voor orale toediening door de patiënt zelf. Daarbij moet voor de keuze van het euthanaticum zoveel mogelijk het advies van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) gevolgd worden. Om de kans op uitbraken van het euthanaticum zo klein mogelijk te maken, moet zo mogelijk eerst een dag lang een anti-emeticum worden gebruikt.

8.5 Nazorg voor nabestaanden

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

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

zeld gaan van een uitnodiging van de behandelende psychiater voor een nazorggesprek.

9 Overwegingen over de samenhang der zorgvuldigheidseisen

In de voorgaande paragrafen zijn de verschillende zorgvuldigheidseisen uitgebreid behandeld. De kern daarvan wordt gevormd door de volgende vier deeleisen (die dan ook als vier stappen zijn opgenomen in de beslissboom in hoofdstuk 6):

- vrijwilligheid van het verzoek;
- weloverwogenheid van het verzoek;
- ondraaglijkheid van het lijden;
- uitzichtloosheid van het lijden en geen redelijke andere oplossing.

De psychiater moet ervan overtuigd zijn dat aan elk van deze eisen is voldaan, eer hij hulp bij zelfdoding mag verlenen. Dat brengt de vraag met zich mee wanneer net wel en wanneer net niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. In het algemeen kunnen daarvoor geen scherpe, absolute grenzen aangegeven worden. In beginsel geldt dat aan elke eis volledig voldaan moet zijn. De commissie ziet echter in bepaalde concrete gevallen de mogelijkheid van een kleine marge. Daarbij moeten de eisen in onderlinge samenhang beschouwd worden. Dat geldt vooral voor het criterium van de ondraaglijkheid van het lijden, het meest subjectieve en minst objectiveerbare criterium. Het is mogelijk dat aan één eis niet voor de volle honderd procent is voldaan, maar dat de patiënt zo evident ondraaglijk lijdt, dat de behandelaar toch een beroep kan doen op overmacht in de zin van noodtoestand.

Zo kan een psychiater zich in een bijzonder knellende noodtoestand voelen als de patiënt uitzichtloos in een ondraaglijke, mensonterende situatie verkeert (bijvoorbeeld bij zeer langdurige toepassing van separatie of gedwongen voeding) en duidelijk en herhaald verzoekt om hulp bij zelfdoding. Als het verzoek overtuigend, begrijpelijk en invoelbaar is, kan een afwijzing op basis van een strenge maatstaf voor wilsbekwaamheid, bijvoorbeeld omdat in de besluitvorming bij de patiënt ook psychotische motieven een rol spelen, als onrechtvaardig worden beschouwd. In zulke gevallen zou er volgens de commissie ruimte moeten zijn voor hulp bij zelfdoding.

Hoofdstuk 4

Bijzondere situaties

Dit hoofdstuk behandelt de volgende bijzondere situaties:

- onvrijwillig opgenomen patiënten;
- forensisch-psychiatrische patiënten;
- niet-psychiater is (hoofd)behandelaar van psychiatrische patiënt;
- consultatie gevraagd door een somatisch specialist of door een huisarts;
- somatisch-psychiatrische comorbiditeit.

1 Onvrijwillig opgenomen patiënten

Een bijzondere situatie doet zich voor als een verzoek om hulp bij zelfdoding afkomstig is van een patiënt die krachtens de Wet BOPZ onvrijwillig opgenomen is. De eerste vraag zal zijn: hangt het verzoek samen met de combinatie van stoornis en gevaar die tot de onvrijwillige opname heeft geleid? Zo ja, dan zal er in het algemeen van hulp bij zelfdoding geen sprake kunnen zijn. Een duidelijk voorbeeld is een geval van een patiënt die wegens suicidegevaar onvrijwillig is opgenomen. De relatie tussen het verzoek en de reden voor de gedwongen opname kan echter veel minder duidelijk of zelfs afwezig zijn.

Een psychotische patiënt die gedwongen is opgenomen wegens gevaar voor anderen, kan bijvoorbeeld in de loop van de tijd een doodswens ontwikkelen wanneer blijkt dat zijn stoornis onbehandelbaar is. Als hij dood wil omdat hij geen gevaar voor anderen meer wil zijn, bestaat er alleen in afgeleide zin een relatie tussen de reden van de gedwongen opname en zijn doodswens.

In een dergelijk geval, als er inderdaad geen behandelperspectief meer bestaat, kan hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd zijn. Uiteraard zal eerst getoetst moeten worden of ook aan de andere zorgvuldigheidseisen voldaan is. Als dat het geval is, ligt het voor de hand de onvrijwillige opname te beëindigen alvorens hulp bij zelfdoding te verlenen. De commissie meent dat bij opgenomen patiënten altijd overwogen moet worden om hen enige tijd zelfstandig te laten wonen, teneinde het eventuele effect van het onvrijwillig geïnstitutionaliseerd zijn op de ondraaglijkheid van de situatie weg te nemen.

Veel moeilijker wordt het indien de patiënt ondraaglijk lijdt, terwijl het juist door de stoornis die dat lijden veroorzaakt onmogelijk is te voldoen

aan de zorgvuldigheidseisen. Een voorbeeld is een suïcidale patiënt voor wie geen enkel behandelperspectief meer bestaat, zodat er alleen nog de optie rest van een zeer langdurig suïcide voorkomend beleid, in de vorm van vrijheidsbeperkingen en dwangmaatregelen. Men loopt dan aan tegen de grenzen van wat de psychiatrie te bieden heeft. Het zal in een dergelijk geval zeer de vraag zijn of de patiënt wilsbekwaam genoeg is voor een vrijwillig en weloverwogen verzoek tot hulp bij zelfdoding. Daar staan dan echter zeer ernstig lijden en volstrekte uitzichtloosheid tegenover. Een psychiater die voor zichzelf overtuigd is van de redelijkheid van de doodswens en de patiënt zou willen helpen, heeft dan de volgende opties.

1. Hij verleent hulp bij zelfdoding, in de wetenschap dat het mogelijk tot vervolging komt. Of de rechter in een dergelijk geval binnen de wet van 2002 ruimte aanwezig acht om de handelwijze van de psychiater te aanvaarden, valt nog te bezien.
2. Hij volgt een minder officiële weg, door de vrijheidsbeperkende maatregelen op te heffen. Hij geeft de patiënt daarmee de gelegenheid de instelling te verlaten, in de wetenschap dat dit er zeer waarschijnlijk toe zal leiden dat deze een eind aan zijn leven maakt.

De tweede mogelijkheid is bepaald niet zonder juridische risico's. Uit hoofde van de onvrijwillige opnemingsrusten er immers bepaalde verantwoordelijkheden op de instelling. De commissie heeft daarom een voorkeur voor de eerste mogelijkheid (hoewel ook die niet zonder juridische risico's is) en acht in elk geval bespreking van de mogelijkheid tot hulp bij zelfdoding aangewezen alvorens vrijheidsbeperkende maatregelen worden opgeheven. In hoofdstuk, paragraaf 9 is erop gewezen dat er in bepaalde gevallen ruimte moet zijn voor hulp bij zelfdoding als niet voor de volle honderd procent voldaan is aan een van de zorgvuldigheidseisen. Deze moeten daarbij in hun samenhang beschouwd worden. De commissie beseft dat hieraan in medisch-ethische zin haken en ogen verbonden zijn. Situaties als geschetst doen zich echter voor. Het debat daarover kan en mag niet altijd worden ontweken.

2 Forensisch-psychiatrische patiënten

Bij forensisch-psychiatrische patiënten gaat het om patiënten die hetzij bij vonnis in het kader van een bijzondere voorwaarde een behandeling opgelegd hebben gekregen, hetzij met een maatregel worden behandeld. De eerste groep patiënten ondergaat een vrijwillige behandeling waarvoor dezelfde regels gelden als voor alle andere vrijwillig opgenomen patiënten. De tweede groep is in de volgende subgroepen onder te verdelen.

1. Plaatsing krachtens artikel 15 Penitentiaire beginselenwet. Deze 'artikelpplaatsing' kan uitgevoerd worden wanneer tijdens het verblijf

in een penitentiaire inrichting een gericht forensisch-psychiatrische verpleging of behandeling aangewezen wordt geacht, variërend van een plaatsing op een zeer beveiligde afdeling tot dagbehandeling in het kader van resocialisatie. Ook bevat deze groep patiënten die het verblijf in een penitentiaire inrichting op psychische gronden niet langer aankunnen en patiënten die een langduriger behandeling nodig hebben dan in het gevangeniswezen, inclusief de FOBA (forensische observatie- en begeleidingsafdeling), geboden kan worden. De commissie vindt dat er geen hulp bij zelfdoding kan worden verleend, zolang er nog sprake is van voorlopige hechtenis of nog niet beëindigde vrijheidsstraf.

2. Patiënten die ontslagen zijn van rechtsvervolging en geplaatst zijn met een strafrechtelijke machtiging voor niet langer dan een jaar. Gelet op de beperkte termijn van een jaar heeft behandeling voorrang op hulp bij zelfdoding. Als aansluitend een voorlopige machtiging krachtens de Wet BOPZ is verkregen, of als er sprake is van voortzetting van de behandeling op vrijwillige basis, gelden de daarvoor de gegeven richtlijnen.
3. Patiënten die met een tbs met maatregel tot verpleging worden behandeld.

De maatregel van de tbs wordt enerzijds als bescherming van de maatschappij opgelegd, anderzijds om een behandeling uit te voeren om gevaarsrisico in de toekomst te verminderen. De commissie vindt dat hulp bij zelfdoding mogelijk is bij langdurig verpleegde tbs-patiënten die steeds verlenging van de terbeschikkingstelling opgelegd krijgen omdat het recidiefgevaar onvoldoende afneemt, bijvoorbeeld als gevolg van parafilie of een chronische psychose, waarbij adequate behandeling is aangeboden en onwerkzaam is gebleken. Als de patiënt een persisterende doodswens heeft en aanhoudend vraagt om hulp bij zelfdoding, kan de gehele procedure volgens deze richtlijnen doorlopen worden binnen de setting waarin de patiënt wordt verpleegd. Ook bij een ter beschikking gestelde patiënt kan de behandelende psychiater tot de conclusie komen dat hulp bij zelfdoding medisch-ethisch gerechtvaardigd is, indien aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het feit dat de patiënt ter beschikking is gesteld, doet daar niets aan af. Daar komt bij dat uit de aard van de psychiatrische stoornis een uitzichtloze terbeschikkingstelling kan voortvloeien. Overigens bestaat er altijd de kans dat de tbs wordt opgeheven tegen het advies van de psychiater in en de doodswens daarmee verdwijnt. De psychiater moet dit meewegen in zijn beoordeling van de uitzichtloosheid van het lijden.

Als de psychiater concludeert dat hulp bij zelfdoding medisch-ethisch gerechtvaardigd is, kunnen er nog praktisch-juridische problemen op te lossen zijn. Het moet bijvoorbeeld bezien worden of het wenselijk of noodzakelijk is de terbeschikkingstelling op te heffen, eer hulp bij zelfdoding

verleend kan worden. Zowel in praktische als in juridische zin kunnen daartegen bezwaren bestaan.

3 Niet-psychiater is (hoofd)behandelaar van psychiatrische patiënt

Een psychiatrisch patiënt heeft vaak met meer hulpverleners te maken dan alleen zijn behandelende psychiater. Een vraag om hulp bij zelfdoding kan hij dan aan iemand anders stellen, bijvoorbeeld aan een arts-assistent, een psycholoog, een maatschappelijk werkende of verpleegkundige. In dat geval moet zo spoedig mogelijk de verantwoordelijke psychiater op de hoogte worden gesteld. Als er nog geen, of niet meer, sprake is van een psychiater die medeverantwoordelijk is, moet op korte termijn een dergelijke (mede-) behandelrelatie tot stand komen. Aan de patiënt dient dit te worden meegedeeld.

De verantwoordelijkheid voor de verdere gang van zaken in het kader van een procedure hulp bij zelfdoding moet worden overgenomen door de (mede-) behandelende psychiater. De oorspronkelijke (hoofd)behandelaar kan intussen een deel van de begeleiding of behandeling voortzetten. De (mede-) behandelende psychiater is echter zelf verantwoordelijk voor de beoordeling van de zorgvuldigheidscriteria en de verdere begeleiding in het kader van de procedure voor hulp bij zelfdoding. Hij moet daarvoor een intensief contact met de patiënt opbouwen.

4 Consultatie gevraagd door een somatisch specialist of door een huisarts

Zoals in hoofdstuk 1, paragraaf 5 en 6 is uiteengezet, beperken deze richtlijnen zich in principe tot psychiatrisch patiënten, dat wil zeggen personen met een psychiatrische stoornis die onder behandeling van een psychiater staan. In die gevallen is de psychiater zowel behandelaar van de patiënt als degene die hulp bij zelfdoding verleent (of besluit dat niet te doen). Een psychiater kan echter ook een rol als consulent spelen bij hulp bij zelfdoding, niet alleen voor een andere psychiater, maar ook voor een huisarts of somatisch specialist. Het kan daarbij zowel om psychiatrisch patiënten gaan, als om patiënten die niet onder behandeling van een psychiater staan. In deze gevallen is de behandelende arts, dat wil zeggen de consultvrager, zelf verantwoordelijk voor de beslissing om hulp bij zelfdoding te verlenen. De consultaties dienen slechts als toetsing van zijn oordeel.

4.1 Psychiatrisch patiënten

In paragraaf 3 is gesteld dat de verantwoordelijkheid voor hulp bij zelfdoding door een psychiatrisch patiënt ligt bij de behandelende psychiater. De commissie vindt echter dat het niet in alle gevallen uitgesloten hoeft te worden dat een somatisch specialist of een huisarts ingaat op een verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrisch patiënt. De commissie heeft hierbij patiënten voor ogen die wat betreft hun psychiatrische problematiek als uitbehandeld worden beschouwd en die hun verzoek om hulp bij zelfdoding richten aan hun huisarts of een somatisch specialist bij wie zij in behandeling zijn. Als de doodswens samenhangt met psychisch lijden als gevolg van een psychiatrische stoornis, zal de behandelende arts overtuigend moeten aantonen dat de psychiaters die de patiënt in het verleden behandeld hebben, verdere behandeling zinloos vonden. In de praktijk blijkt nogal eens dat huisartsen en somatisch specialisten die geconfronteerd worden met psychisch lijden, niet voldoende distantie in acht nemen. Daarom vindt de commissie het nodig dat hij twee onafhankelijke psychiaters consulteert. Deze psychiaters moeten de patiënt zelf onderzoeken. De consultvrager moet de consulterende psychiaters voorzien van informatie van vorige behandelaren waaruit blijkt dat zij geen mogelijkheden meer zien om het lijden van de patiënt te verlichten. Als er nog een psychiater is die de patiënt begeleidt, bijvoorbeeld ter controle van onderhoudsmedicatie, moet de consultvrager intensief overleg met hem voeren en daarvan verslag doen aan de consulent. De consulent zal ook zelf met deze psychiater moeten overleggen.

4.2 Niet-psychiatrisch patiënten

Een psychiater kan gevraagd worden als consulent door een huisarts of somatisch specialist die euthanasie of hulp bij zelfdoding overweegt vanwege een somatisch lijden, dat al dan niet terminaal is. Bij slechts 3% van alle gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding blijkt een psychiater om een consult te zijn gevraagd. Onduidelijk is hoe vaak een psychiatrisch consult gevraagd is bij euthanasie en hulp bij zelfdoding in gevallen waarin er geen terminale situatie was. De commissie acht het belangrijk dat er aandacht is voor psychiatrische aspecten bij vragen om euthanasie en hulp bij zelfdoding door niet-terminale somatisch patiënten. De rol van de psychiater hierbij is primair om te beoordelen of er naast het somatische lijden een psychiatrische stoornis aanwezig is en zo ja, of behandeling van deze stoornis invloed kan hebben op de vraag om hulp bij zelfdoding van de patiënt. Verder moet de psychiater beoordelen of de psychiatrische stoornis van belang is bij de toetsing van de zorgvuldigheidscriteria, vooral de wilsbekwaamheid en de uitzichtloosheid.

5 Somatisch-psychiatrische comorbiditeit

Patiënten die ondraaglijk lijden aan een somatische ziekte, kunnen hun vraag om hulp bij zelfdoding stellen aan een huisarts, een somatisch specialist of een psychiater. De mogelijke rol van een psychiater in de gevallen dat de hulpvraag aan een huisarts of somatisch specialist wordt gesteld, is al behandeld in de paragrafen 4 en 4.2. Zolang er geen behandelrelatie bestaat tussen hulpvrager en psychiater, kan die rol alleen een consultatieve zijn, en wel indien de somatisch specialist of de huisarts wilsonbekwaamheid of psychiatrische (co)morbiditeit vermoedt en daarom een psychiater consult vraagt.

Als het een psychiater is aan wie een somatisch zieke patiënt zijn vraag om hulp bij zelfdoding richt, zal er vaak al een behandelrelatie bestaan vanwege een psychiatrische stoornis of psychische problemen. Indien de psychiatrische stoornis een belangrijke reden is waarom de patiënt voor de dood kiest, dient de psychiater in principe dezelfde procedure te volgen als in gevallen waarin geen somatisch-psychiatrische comorbiditeit bestaat. Aan duur en intensiteit van de behandelrelatie zal hij daarom dezelfde eisen moeten stellen. Net als bij puur psychiatrische gevallen kan hij ten slotte tot de conclusie komen dat aan alle inhoudelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan, en dat hulp bij zelfdoding medisch-ethisch gerechtvaardigd is. De procedurele zorgvuldigheidseisen worden in deze gevallen echter met één eis uitgebreid: wegens de aanwezigheid van somatisch lijden moet de huisarts en de behandelende somatisch specialist om een second opinion gevraagd worden. De wijze waarop dat dient te gebeuren en de vraag welke specialisten geraadpleegd dienen te worden, zullen afhangen van de aard, het stadium, de behandel- en zorgmogelijkheden en de prognose van de somatische ziekte. Bestaande protocollen van de betreffende specialistenverenigingen dienen daarvoor te worden geraadpleegd.

De situatie is anders indien een somatisch zieke patiënt aan een psychiater om hulp bij zelfdoding (of om euthanasie) vraagt zonder dat er een behandelrelatie bestaat. De psychiater zal dan in ieder geval, na afstemming met de huisarts en de somatisch specialist, eerst samen met de patiënt moeten onderzoeken of de vraag om hulp bij zelfdoding niet een verholde vraag is om levenshulp. Vervolgens zijn er twee mogelijkheden: er komt wel of geen behandelrelatie tot stand.

Indien de patiënt gemotiveerd is om de dialoog over zijn doodswens aan te gaan, kan er een behandelrelatie ontstaan. Hierbij mag niet bij voorbaat uitgesloten worden dat de patiënt gemotiveerd raakt voor een eventueel bestaande kansrijke vorm van behandeling of voor levenshulp. Na verloop van tijd kan de psychiater echter tot het oordeel komen dat de patiënt wel degelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. Als de patiënt nog steeds om hulp

bij zelfdoding vraagt, kan de psychiater vervolgens besluiten om met de patiënt te bespreken onder welke voorwaarden, bijvoorbeeld een of meerdere consultaties, hij bereid is de gevraagde hulp bij zelfdoding te verlenen.

Indien er geen behandelrelatie tot stand komt en de patiënt persisteert in zijn vraag om hulp bij zelfdoding dan moet hij verwezen worden naar zijn behandelende somatisch specialist of huisarts. Voor de somatisch specialist respectievelijk de huisarts staan dan verschillende mogelijkheden open.

1. Hij kan hulp bij zelfdoding of euthanasie overwegen vanwege het somatische lijden. Hij zal zich dan moeten houden aan de daarvoor geldende zorgvuldigheidseisen.
2. Hij kan een second opinion vragen aan een psychiater ter toetsing van de zorgvuldigheidseisen (zie paragraaf 4).
3. Hij kan, zo nodig na psychiatrische consultatie, oordelen dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, bijvoorbeeld doordat de patiënt niet te motiveren is voor een (psychiatrische) behandeling met een reële kans op verlichting van het lijden.

In ieder geval ligt de verantwoordelijkheid dan bij de somatisch specialist respectievelijk bij de huisarts. Conform de uitgangspunten van deze richtlijnen kan een psychiater, als er geen behandelrelatie bestaat, alleen als consultant een rol spelen bij hulp bij zelfdoding.

Hoofdstuk 5

Verslaglegging

1 Meldingsprocedure

Op grond van de in 2002 van kracht geworden Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, behoort de arts die tot hulp bij zelfdoding overgaat, na afloop daarvan informatie te leveren aan de gemeentelijke lijkschouwer. De gemeentelijke lijkschouwer legt deze informatie ter beoordeling voor aan de bevoegde regionale toetsingscommissie. (De commissie wijst hier op het gestelde in hoofdstuk 1, paragraaf 3: in bepaalde gevallen moet er volgens de huidige regeling, hoewel er sprake is van een verzoek van de patiënt, toch worden gemeld in de thans geldende procedure voor levensbeëindiging zonder verzoek. Deze procedure houdt in dat de gemeentelijke lijkschouwer de zaak ter beoordeling voorlegt aan de officier van justitie.)

De aandachtspunten voor de behandelende arts bij een melding aan de gemeentelijke lijkschouwer van het verlenen van hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische aandoening zijn neergelegd in het bij de wet van 2002 behorende ‘modelverslag voor de behandelend arts’¹. In paragraaf 2 zijn de vragen uit dit modelverslag integraal overgenomen. De commissie acht al deze aandachtspunten relevant en noodzakelijk voor een zorgvuldige toetsing. Daarnaast heeft de commissie gemeend deze lijst te moeten uitbreiden, en wel om een aantal redenen.

- Allereerst is er de praktische reden dat dit document bedoeld is om de psychiater een richtlijn te geven voor zijn rapportage als psychiater. Daarom zijn er vragen toegevoegd die betrekking hebben op de psychiatrische praktijk.
- Ten tweede biedt een uitgebreidere lijst de mogelijkheid hem te gebruiken als toets voor het eigen handelen.
- Ten derde kunnen onderdelen van de lijst gebruikt worden als richtlijn voor de verslaglegging aan de consulent.
- Ten vierde – en dat is voor de commissie een zwaarwegende reden – blijkt uit de jurisprudentie dat de psychiater zich bij een eventuele vervolging over meer aspecten van de casus dient te verantwoorden.

De commissie wijst erop dat de behandelende psychiater vanaf het eerste verzoek om hulp bij zelfdoding een zorgvuldig schriftelijk verslag moet bijhouden van het verzoek, zijn beoordeling, zijn besprekingen ervan met de patiënt en het overleg met derden. Daarbij hoort ook een zorgvuldige

en chronologische registratie van alle relevante feiten over de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, de duurzaamheid van het doodsverlangen en het ondraaglijke en uitzichtloze lijden. Het is van belang dat hij vanaf het eerste verzoek om hulp bij zelfdoding een zowel retrospectief als chronologisch schriftelijk verslag bijhoudt van alle relevante gegevens. Voor het retrospectieve gedeelte gaat het uiteraard om die gegevens die bekend of nog te achterhalen zijn.

2 Aandachtspunten voor verslaglegging

In de paragrafen 2.1 tot en met 2.4 is de officiële, is de lijst van aandachtspunten bij een melding (conform het nieuwe modelverslag, zie paragraaf 1.3) van een geval van hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten aan de gemeentelijke lijkschouwer in zijn geheel overgenomen.² De cursief weergegeven gedeelten zijn door de commissie toegevoegd. Het is dringend aan te raden om, naast het modelverslag, een uitgebreid verslag te maken waarbij alle volgende documenten leidraad kunnen zijn:

- het modelverslag (paragraaf 2.1);
- deze gehele richtlijn;
- de *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen* van de NVvP.

2.1 Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

- 1 Aan welke aandoening(en) leed de patiënt die aanleiding waren voor het verzoek om hulp bij zelfdoding en sinds wanneer leed de patiënt aan deze aandoening? *Wanneer is/zijn deze diagnose(n) gesteld? Welke symptomen en beperkingen waren onderdeel van het ziektebeeld en het als ondraaglijk ervaren lijden? Hoe was het begin en het beloop van het ziektebeeld en wat waren hierbij de belangrijke etiologische, luxerende en onderhoudende factoren? Verder dient aandacht besteed te worden aan de eventuele samenhang met trauma's, en aan persoonlijkheidskenmerken.*
- 2 Door wie en wanneer is de patiënt voorgelicht over (de huidige situatie, het beloop, de prognose van) het ziekteproces?
- 3 Welke therapeutische en palliatieve alternatieven zijn met patiënt besproken, inclusief de voor- en nadelen en wat was de mening van de patiënt daarover?
- 4 Welke therapeutische maatregelen zijn ingezet en wat was daarvan het resultaat? Methoden, middelen, dosering. *Het gaat hier om een gedetailleerd, chronologisch verslag van de wijze waarop deze ziekteverschijnselen – vooral voor zover relevant voor het als ondraaglijk ervaren lijden – met psychofarmacologische, psychotherapeutische en sociotherapeutische interventies zijn behandeld. Wat waren de gecon-*

stateerde effecten van deze behandelingen? Hoe was de therapeutische relatie? Hoe was de motivatie en therapietrouw ten aanzien van de geïndiceerd geachte behandelingen? Wie waren de behandelende artsen, waar zijn zij te bereiken en wat waren hun diagnoses en prognoses?

- 5 Welke palliatieve maatregelen zijn ingezet en wat was daarvan het resultaat? Methoden, middelen, dosering.
- 6 Beschrijf – vanuit het perspectief van de patiënt – waaruit het lijden van de patiënt bestond en wat dat lijden voor deze patiënt ondraaglijk maakte?
- 7 Waarom bent u ervan overtuigd dat het lijden naar heersend medisch inzicht uitzichtloos is? (uw antwoord motiveren, *in welk opzicht was dit lijden duurzaam en uitzichtloos?*.)
- 8 Wat maakte dat het ondraaglijk lijden van deze patiënt voor u invoelbaar was? Beschrijf bijvoorbeeld de klachten/aspecten van het lijden en de (niet alleen medische) zorg die patiënt nodig had.

2.2 Vrijwillig en weloverwogen verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding

- 9 Wanneer is er voor het eerst *in algemene zin* door de patiënt (met u) over levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding gesproken? Als de patiënt *toen* een schriftelijke wilsverklaring heeft overhandigd, a.u.b. de datum van de verklaring vermelden.
- 10 Beschrijf wanneer de patiënt voor het eerst u om daadwerkelijke uitvoering van levensbeëindiging (*c.q. hulp bij zelfdoding*) heeft verzocht en wanneer de patiënt dit verzoek heeft herhaald? Als dit verzoek eerder aan anderen (bijvoorbeeld aan collega's) is geuit en/of als daar anderen (bijvoorbeeld verpleegkundigen of verzorgenden) bij waren, dit a.u.b. vermelden.
- 11 Als er een (schriftelijke) wilsverklaring aanwezig is, voeg deze dan toe. Een schriftelijke wilsverklaring is geen wettelijk vereiste, maar kan aan arts en consulent soms meer duidelijkheid verschaffen met betrekking tot het verzoek om levensbeëindiging. Dat zelfde geldt voor video -of audiomateriaal dat is vervaardigd, bijvoorbeeld omdat een patiënt niet (meer) in staat is te schrijven. Indien gewenst kan ook dit materiaal worden bijgevoegd.
- 12 Waaruit hebt u afgeleid dat het verzoek van patiënt niet is geuit onder druk of invloed van anderen?
- 13 Waaruit hebt u afgeleid dat de patiënt zich ten volle bewust was van de strekking van het verzoek en van zijn situatie? *Uit welke omstandigheden kon dat worden opgemaakt? Werden eventuele alternatieven voldoende begrepen en wat waren de overwegingen van de patiënt om bij zijn verzoek om hulp bij zelfdoding te blijven?*

Zo ja, waaruit blijkt dat de patiënt deze mogelijkheden weloverwogen heeft afgewezen?

- 14 *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? Wanneer en op welke wijze is de directie van de zorginstelling op de hoogte gesteld van de toepassing van de levensbeëindiging?*

Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?

Zo nee, waarom niet?

- 15 *Heeft u over de levensbeëindiging overleg gehad met naasten van de patiënt?*

Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen?

Zo nee, waarom niet?

2.3 Consultatie

- 16 Welke arts(en) is/zijn geraadpleegd?

U moet volgens de wet tenminste één onafhankelijke arts hebben geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel aan u heeft geven over de zorgvuldigheidseisen. Voeg a.u.b. het consultatieverslag toe.

- 17 Wanneer heeft de geraadpleegde arts de patiënt bezocht?

- 18 Motiveer waarom u en de geraadpleegde arts onafhankelijk zijn ten opzichte van elkaar.

- 19 Had de geraadpleegde arts een behandelrelatie met patiënt?

- 20 Heeft u voor een *tweede* maal een onafhankelijke arts geraadpleegd over het verzoek van patiënt?

Indien een geraadpleegde onafhankelijke arts de patiënt heeft bezocht geruime tijd vóór het overlijden, verdient het de aanbeveling voor de tweede maal een onafhankelijke arts te raadplegen. Voeg a.u.b. het tweede consultatieverslag toe.

- 21 Wanneer heeft de tweede geraadpleegde arts de patiënt bezocht?

Datum:

2.4 De uitvoering van de levensbeëindiging op verzoek of de hulp bij zelfdoding

- 22 Was er sprake van:

0 levensbeëindiging op verzoek (de arts dient de dodelijke middelen toe);

0 hulp bij zelfdoding (de patiënt ontvangt van de arts de middelen die de patiënt zelf inneemt);

0 een combinatie van beide.

- 23 Door wie werd de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd of de hulp bij zelfdoding verleend (door het aanreiken van de middelen)?
- 24 Met welke middelen, in welke dosering en via welke toedieningsweg werd het leven beëindigd? Wat was het tijdsverloop?
- 25 Deden zich bij de uitvoering problemen voor? Zo ja, beschrijf deze en beschrijf uw handelwijze.

2.5 Overige opmerkingen

- 26 Zijn er nog punten die u onder de aandacht van de regionale toetsingscommissie wilt brengen en die u bij de beantwoording van de vragen niet kwijt kon?

Noten

1 De commissie wijst hier op het gestelde in paragraaf 1.3. Het in deze richtlijn gebruikte modelverslag zal waarschijnlijk op korte termijn vervangen worden door een nieuw modelverslag (te downloaden via www.knmg.nl en www.vws.nl).

2 Het meldingsformulier is te downloaden via www.knmg.nl. Relevante informatie kan gevonden worden via www.toesingscommissies euthanasie.nl.

Hoofdstuk 6

Samenvatting

1 Inhoudelijke samenvatting

In de rechtspraak en in standpunten van beroepsverenigingen wordt het bieden van hulp bij zelfdoding in uitzonderlijke omstandigheden gerechtvaardigd geacht. Van alle psychiaters blijkt een meerderheid hulp bij zelfdoding vanwege een psychiatrische aandoening aanvaardbaar te vinden. In de praktijk betracht men, bij een aantal nadrukkelijke verzoeken om hulp bij zelfdoding van meer dan 300 per jaar, grote terughoudendheid. Een psychiater die hulp bij zelfdoding verleent, kan zich beroepen op overmacht in de zin van noodtoestand, als hij aan bepaalde, algemeen aanvaarde zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Hulp bij zelfdoding kan ethisch en medisch verantwoord handelen zijn als de psychiater tot de overtuiging is gekomen dat:

- het verzoek van de patiënt daartoe vrijwillig en weloverwogen is;
- er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt; en
- er voor de situatie waarin deze zich bevindt, geen redelijke andere oplossing is.

De psychiater moet uiterst zorgvuldig beoordelen of aan deze drie zorgvuldigheidseisen voldaan is. Daarbij komen nog de drie zorgvuldigheidseisen betreffende de volledige voorlichting aan de patiënt, de onafhankelijke consultatie en de zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging. Het is van groot belang dat hij daarvan van het begin af aan een verslag bijhoudt, zodat hij zich kan verantwoorden en zodat zijn handelen toetsbaar is.

De commissie vindt dat een psychiater zich alleen op een professionele noodsituatie, gebaseerd op een conflict van plichten, kan beroepen binnen een behandelrelatie met een patiënt met een psychiatrische stoornis. Deze richtlijnen beperken zich dan ook tot hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten. Bij psychisch lijden dat niet uit een psychiatrische stoornis voortkomt, ziet de commissie geen taak voor de psychiater, behoudens als consulent in geval van een somatisch lijden. Een noodsituatie kan zich ook voordoen als de patiënt onvrijwillig is opgenomen krachtens een rechterlijke machtiging of bijvoorbeeld krachtens een terbeschikkingstelling.

De commissie heeft met dit document richtlijnen willen geven voor een zorgvuldige behandeling van vragen om hulp bij zelfdoding. Het richt zich dan ook tot alle leden van de beroepsgroep, ook die psychiaters die principiële bezwaren tegen hulp bij zelfdoding hebben. Als een behandelaar hulp

bij zelfdoding principieel afwijst, dient dit gerespecteerd te worden. De commissie vindt wel dat een dergelijke behandelaar, als hem om hulp bij zelfdoding gevraagd wordt, de plicht heeft de patiënt erop te wijzen dat hij verwezen kan worden naar een andere psychiater of naar zijn huisarts. Als een patiënt zijn verzoek richt aan een behandelaar die geen psychiater is, zal in het algemeen een psychiater de verantwoordelijkheid voor de behandeling moeten overnemen. Als een psychiatrisch patiënt vanwege somatisch lijden hulp bij zelfdoding vraagt aan een somatisch specialist of aan zijn huisarts, dan dient deze zich te verstaan met de hulpvraag. Wel kan hij psychiaters inschakelen voor externe consultatie.

Elk verzoek om hulp bij zelfdoding dient allereerst opgevat te worden als een vraag om levenshulp, onder andere omdat suïcidaliteit meestal tijdelijk is en er vaak nog behandelingen bestaan die niet toegepast zijn. Als het verlangen naar de dood duurzaam blijkt te zijn, moet de patiënt in een vroeg stadium geïnformeerd worden over het traject dat gevolgd moet worden en de inspanningen die hij zelf moet plegen. Daarbij moeten de zorgvuldigheidseisen besproken worden. De behandelende psychiater beoordeelt in eerste instantie zelf of het geval voldoet aan de inhoudelijke zorgvuldigheidseisen.

- Het verzoek dient vrijwillig te zijn, dat wil zeggen zonder dwingende invloeden van buitenaf tot stand gekomen. Het verzoek moet verder weloverwogen zijn, wat wil zeggen dat de patiënt een duurzame en duidelijke keuze voor de dood heeft gemaakt op basis van voldoende begrepen informatie, die hij zorgvuldig heeft overwogen. Hij moet een afweging gemaakt hebben tussen de keuze voor verder leven en de keuze voor zelfdoding. Dit stelt hoge eisen aan zijn wilsbekwaamheid. Het doodsverlangen moet ook duurzaam zijn. Een van de mogelijkheden voor de psychiater om daarover te oordelen, is na te gaan hoe het doodsverlangen zich heeft ontwikkeld. Verder moet de patiënt over voldoende ziektebesef en zelfkennis beschikken.
- De psychiater zal de patiënt daarvoor adequate, zorgvuldige en regelmatige voorlichting over zijn stoornis moeten geven.
- De patiënt moet uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden hangen veelal sterk met elkaar samen. Hoewel lijden uiteindelijk altijd persoonlijk en subjectief is, zal de psychiater zich toch een eigen oordeel moeten vormen over het als ondraaglijk ervaren lijden. De ondraaglijkheid van het lijden moet voor de psychiater ten minste invoelbaar zijn. De beoordeling van het lijden heeft belangrijke professionele en objectiveerbare elementen. Het lijden moet ook uitzichtloos zijn, wat betekent dat er geen behandelperspectief meer is. Het gaat er dus niet alleen om of de patiënt zelf zijn situatie als uitzichtloos ervaart.

- De psychiater moet met de patiënt tot de overtuiging gekomen zijn dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt, geen redelijke andere oplossing meer is. Er is geen sprake van uitzichtloosheid zolang psychofarmacologische en psychotherapeutische behandelingen die bij de betreffende stoornis geïndiceerd zijn, nog niet zijn uitgevoerd, of door de patiënt worden geweigerd. Zuiver theoretische behandel mogelijkheden kunnen buiten beschouwing gelaten worden: het behandel perspectief moet reëel zijn, dat wil zeggen binnen een overzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen resultaten en belasting zicht op verbetering bieden.

Aan elk van deze vier eisen moet, naast de vereisten van de onafhankelijke consultatie en de medisch zorgvuldige uitvoering, in principe volledig voldaan zijn. De commissie ziet slechts een zeer kleine marge om hiervan af te wijken. Daarbij moeten de eisen in hun samenhang beschouwd worden.

Overdracht en tegenoverdracht in de behandelrelatie kunnen bij vragen om hulp bij zelfdoding een grotere rol spelen dan normaal, vooral bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De psychiater zal moeten beoordelen of hij de juiste professionele distantie in acht heeft genomen. Ook de onafhankelijke consulent zal zich hierover moeten uitspreken.

Als de behandelende psychiater tot de conclusie komt dat hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd is en dat naar zijn mening aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, moet hij een onafhankelijke consultatie aanvragen bij een andere psychiater. De commissie beveelt aan twee onafhankelijke psychiaters/consulenten te raadplegen: één die in het bijzonder expertise heeft op het gebied van de psychiatrische stoornis van de patiënt en een tweede consulent-psychiater die meer in algemene zin de zorgvuldigheidseisen toetst en bij voorkeur ook ervaring heeft als SCEN-arts. Doel van de consultatie is toetsing van de beoordeling door de behandelende psychiater, geen gezamenlijke besluitvorming en ook geen goedkeuring. De behandelende psychiater blijft zelf verantwoordelijk voor de beslissing, maar dient geen toezegging te doen over hulp bij zelfdoding aan de patiënt alvorens hij het advies van de consulent heeft meegewogen in zijn eindoordeel.

De consulenten zien en spreken de patiënt om te beoordelen of de eigen psychiater niets over het hoofd heeft gezien. De commissie vindt dan ook dat hij pas onafhankelijke consultatie moet aanvragen nadat hij zelf tot het oordeel is gekomen dat hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd is. De commissie raadt wel met klem aan dat hij al eerder overlegt met collega's in de instelling en met het behandelteam. Ook met vorige behandelaren, de huisarts en de naasten van de patiënt hoort al in dit stadium overleg plaats te vinden.

Bij het benaderen van een onafhankelijke consulent die bijzonder deskundig is op het terrein van de betreffende psychiatrische stoornis moet ook een

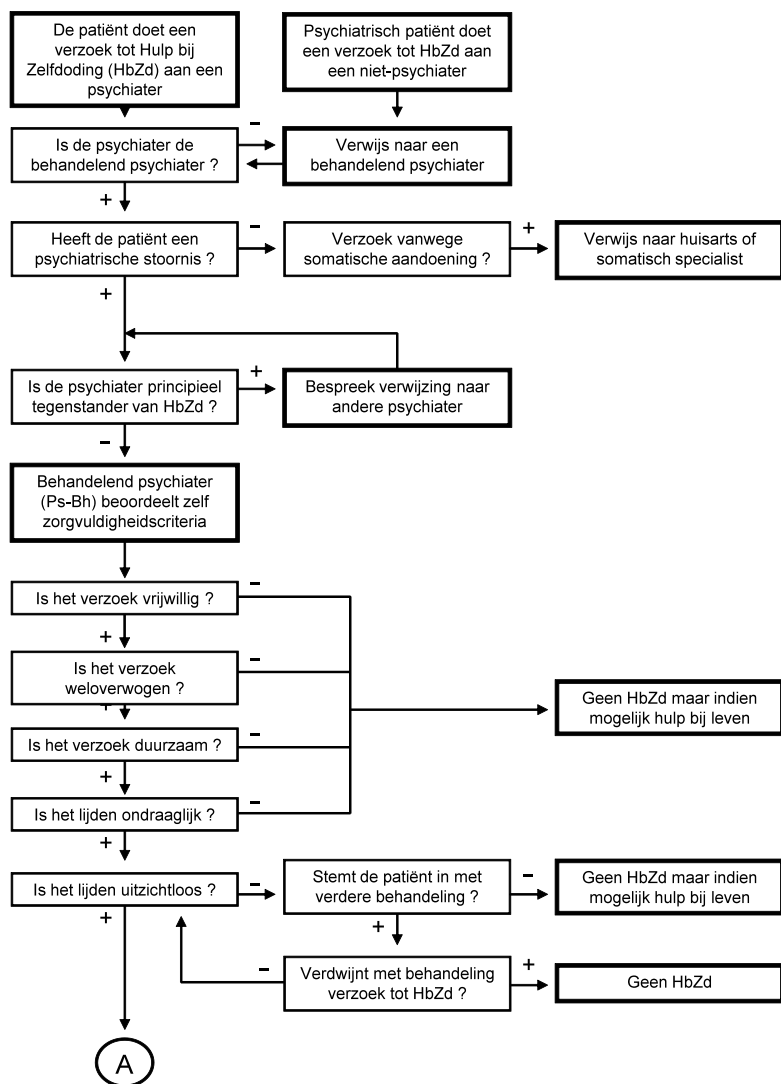
opname in een universiteitskliniek of andere gespecialiseerde behandelsetting worden overwogen. De behandelende psychiater dient de consulent uitgebreid te informeren. Als de consulent oordeelt dat er nog reële behandel mogelijkheden zijn, is dat een zwaarwegende reden om deze behandeling als een voorwaarde te stellen voor hulp bij zelfdoding. Na deze behandeling moet de behandelende psychiater de zorgvuldigheidseisen opnieuw beoordelen. Bij een fundamenteel verschil van mening tussen behandelaar en een van de twee consultants is hulp bij zelfdoding in principe niet te rechtvaardigen en dient altijd een derde consulent te worden geraadpleegd. Is de derde consulent net als de eerste consulent de mening toegedaan dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, dan dient volgens de commissie geen hulp bij zelfdoding te worden verleend.

Indien de behandelaar besluit het verzoek om hulp bij zelfdoding niet in te willigen, zal hij altijd verdere levenshulp aanbieden. Het gaat dan in eerste instantie om steun en begeleiding en niet om behandeling. Behandeling biedt immers niet meer een reëel perspectief, of wordt geweigerd.

Als aan alle eisen is voldaan en de behandelende psychiater besluit hulp bij zelfdoding te verlenen, moet hij afspraken maken over de uitvoering van de zelfdoding: met de patiënt, het behandelteam, de naasten, het management van de instelling en de apotheker. De zelfdoding dient bij voorkeur plaats te vinden bij de patiënt thuis, in aanwezigheid van de behandelende psychiater. Alleen op goede gronden is het denkbaar dat de euthanatica voor een welomschreven periode aan de patiënt worden meegegeven en dat de psychiater niet aanwezig is bij de zelfdoding, maar wel direct oproepbaar is. Na de zelfdoding moet de behandelende psychiater de dood constateren en de gemeentelijke lijkschouwer het overlijden van de patiënt als gevolg van zelfdoding waarbij hulp is verleend, melden. Daarbij dient hij een volledig en beredeneerd verslag in.

2 Beslisboom

Het volgende bevat een beslisboom die een schematisch beeld geeft van de beslismomenten binnen de procedure die gevolgd dient te worden bij vragen om hulp bij zelfdoding. Iedere beslissing dient genomen te worden na een zorgvuldige beoordeling. Het grootste gedeelte van dit document is gewijd aan de aspecten die bij die beoordeling betrokken moeten worden. In vergelijking daarmee geeft de beslisboom slechts een grove veralgemening te zien. Voor nuanceringen wordt dan ook verwezen naar de voorafgaande tekst.



Bijlage 1

Standpunten Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Commissie Ethiek (1991)

Reactie naar aanleiding van het rapport inzake Hulp bij Zelfdodingsvragen (NVVE, maart 1991)

De Commissie Ethiek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie bestond [???In welke periode?] uit:

[???Titelatuur aanvullen a.u.b.]

- J.B. van Borssum Waalkes;
- J.A.R. Sanders-Woudstra;
- W.J. Schudel;
- G.J. Zwanikken.

De Commissie Ethiek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie stelde in december 1991 te Rotterdam de volgende standpunten op.

Standpunten

De commissie beveelt de vereniging aan de volgende opvattingen te onderschrijven [???Zijn deze standpunten inderdaad overgenomen door de brede NVvP? Zijn dit de huidige standpunten? Eventueel toelichten aan het begin van deze bijlage.]:

1. Suïcidaliteit is niet per definitie een psychopathologisch verschijnsel.
2. De aanwezigheid van psychopathologie tast de mogelijkheid tot autonome oordeelsvorming niet in alle gevallen aan.
3. De problematiek van (hulp bij) zelfdoding is binnen de psychiatrie niet principieel anders dan erbuiten. De vraag of hulp bij zelfdoding in overweging mag worden genomen bij personen met een psychische ziekte of een psychische handicap, dient bevestigend te worden beantwoord.
4. De als regel gecompliceerde omstandigheden waaronder een dergelijke hulpvraag in de psychiatrie gesteld wordt, vereisen een specifieke en bijzonder zorgvuldige afweging.
5. De voorwaarden voor geoorloofde hulpverlening bij suïcide zijn ana-

loog aan de gebruikte voorwaarden bij euthanasie:

- duurzaam en ondraaglijk lijden;
 - duurzaam verzoek om levensbeëindiging;
 - geen uitzicht op verbetering bij adequate behandeling volgens de huidige stand van de wetenschap;
 - zekerheid over de autonome oordeelsvorming van betrokkenen.
6. Als behandeling redelijkerwijs mogelijk is en de betrokkene wijst een dergelijke behandeling af, is hulp bij zelfdoding in het algemeen niet aanvaardbaar.
 7. De psychiatrische professie dient een eigen protocol zelfdoding te ontwikkelen voor hulp bij. Een dergelijk protocol dient ten minste te bevatten:
 - a. definities van kernbegrippen als: ondraaglijk lijden, duurzaam lijden en het vermogen tot autonome oordeelsvorming;
 - b. in- en exclusiecriteria;
 - c. gedragsregels voor de hulpverlening in engere zin.
 8. Het verstrekken van een euthanaticum door een ander dan de voor- schrijvende en hulpverlenende arts (psychiater) is onaanvaardbaar.

Voorts is de commissie van mening dat bij het vastleggen van in- en exclusiecriteria in een protocol het volgende zou moeten gelden:

- a. Een exclusie criterium op grond van leeftijd kan alleen aan de ondergrens (minderjarigen) worden gelegd.
- b. De juridische status van de betrokkene kan niet zonder meer een exclusie criterium vormen.
- c. De verblijfplaats van de betrokkene kan geen exclusie criterium vormen.
- d. Mits aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan, dient een behandelaar niet uitgesloten te worden van hulp bij zelfdoding aan zijn of haar patiënt.

Bijlage 2

Relevante juridische aspecten en de relatie met standpunten beroepsverenigingen

Door de inwerkingtreding in 2002 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is de juridische context van hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychische stoornis veranderd. In deze bijlage wordt voor een goed begrip kort de situatie voor 2002 geschetst. Daarna wordt ingegaan op de gevolgen en de inhoud van de wet. Ten slotte komen nog enkele andere relevante onderwerpen aan de orde.

1 Situatie voor de inwerkingtreding van de wet

Tot april 2002 waren zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding in alle gevallen in het Wetboek van Strafrecht strafbaar gesteld (art. 293 respectievelijk art. 294). Voor het eerst in 1973 aanvaardde de rechter dat er omstandigheden denkbaar waren die een rechtvaardiging konden bieden aan een arts die euthanasie toepast of hulp bij zelfdoding verleent. Was deze rechtvaardiging aanwezig, dan werd de arts ontslagen van rechtsvervolgning.

In zijn eerste euthanasiearrest uit 1984 kwam de Hoge Raad tot de volgende opvatting: in het geval waarin aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, kan de arts zich beroepen op overmacht in de zin van noodtoestand. Deze noodtoestand ontstond doordat de arts met een conflict van plichten werd geconfronteerd. Enerzijds was hij verplicht het Wetboek van Strafrecht na te leven, anderzijds was hij ten opzichte van zijn patiënt gehouden onaantvaardbaar lijden te voorkomen, zo nodig door op verzoek van de patiënt tot levensbeëindigend handelen over te gaan. Het begrip noodtoestand werd door de Hoge Raad enigszins geobjectiveerd, door bij de beoordeling daarvan doorslaggevend te achten of is gehandeld conform verantwoord medisch inzicht en naar normen van de medische ethiek (Hoge Raad 27 november 1984, Nederlandse Jurisprudentie 1985, 106 en herhaald in Hoge Raad 21 juni 1994, *Medisch Contact* (1994), p. 917-918, de zaak-Chabot). Reeds in de jaren zeventig is binnen beroepsgroep het debat gestart over de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis. Uit dit debat kwam de opvatting naar voren gekomen dat in

dergelijke gevallen zeer grote terughoudendheid is geboden, maar dat hulp bij zelfdoding in uitzonderlijke omstandigheden aanvaardbaar kan zijn. In het bijzonder moeten worden genoemd het standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie uit 1992, het rapport van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid uit 1993 en de discussienota 'Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten' van de KNMG-commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen (CAL), eveneens uit 1993. Voor een uitvoeriger overzicht van standpunten, rapporten en opvattingen zij verwezen naar Legemaate, 1993.

De opvatting die uit deze rapporten naar voren kwam, werd in de rechtspraak gesteund. De afgelopen jaren is een aantal zaken betreffende hulp door een arts of psychiater bij zelfdoding in gevallen van psychisch lijden aan de rechter voorgelegd. Zie Rechtbank Almelo 12 december 1991, *Medisch Contact* (1992) p. 541-543, Gerechtshof 's-Gravenhage 25 mei 1993, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (1993) p. 360-368, Hoge Raad 21 juni 1994, *Medisch Contact* (1994), p. 917-918 en Rechtbank Den Bosch 31 juli 1997, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (1997), p. 494-499.

Van groot belang was de laatstgenoemde uitspraak, gedaan in de zaak-Chabot. In deze uitspraak oordeelde de Hoge Raad als volgt over hulp bij zelfdoding in situaties van psychisch lijden.

- De opvatting dat hulp bij zelfdoding nimmer kan worden gerechtvaardigd indien bij de patiënt geen somatisch lijden aanwezig is en hij evenmin in een stervensfase verkeert, is onjuist. Anders gezegd: ook in gevallen van psychisch lijden, waarbij een terminale of stervensfase nog niet is aangebroken, kan hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd zijn.
- Aan het verzoek tot hulp bij zelfdoding van een persoon die psychisch lijdt, kan wel degelijk een autonome wilsbepaling ten grondslag liggen. Het is dus niet zo dat er in dergelijke gevallen altijd sprake zou zijn van wilsonbekwaamheid.
- Aangezien in het geval van psychisch lijden de ernst en uitzichtloosheid daarvan moeilijker objectief zijn vast te stellen, dient het onderzoek van de rechter of er sprake is van een noodtoestand 'met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden'.
- Vanwege deze vereiste 'uitzonderlijk grote behoedzaamheid' dienen in gevallen van hulp bij zelfdoding bij psychisch lijden bijzondere eisen te gelden voor de consultatie. De consulent zal de persoon die het verzoek heeft gedaan, zelf moeten zien en onderzoeken. Het onderzoek van de consulent zal zich in elk geval moeten uitstrekken tot de ernst van het lijden en de uitzichtloosheid daarvan, en in dat verband tot de andere mogelijkheden voor hulpverlening. Verder zal de consulent in zijn onderzoek moeten betrekken de vraag of er bij de patiënt sprake is van een vrijwillige en weloverwogen besluitvorming, zonder dat diens beslisvaar-

digheid is beïnvloed door zijn ziekte of aandoening.

- Van uitzichtloosheid van het lijden kan geen sprake zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Anders gezegd: weigert betrokkene een behandeling die een reële kans biedt op het wegnemen of verminderen van lijden, dan kan van hulp bij zelfdoding geen sprake zijn.

Onder ‘psychisch lijden’ verstond de Hoge Raad: ‘gevallen waarbij het lijden van een patiënt niet voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening’.

Dat is een ruime omschrijving, die een bredere groep personen bestrijkt dan in dit rapport aan de orde komt.

2 De gevolgen van de wet van 2002

De wet van 2002 opent de mogelijkheid om situaties van gerechtvaardigde hulp bij zelfdoding door een arts buiten het Wetboek van Strafrecht te brengen. Dit gebeurt via de weg van de zogeheten bijzondere strafuitsluitingsgrond. Dit houdt in dat de arts die hulp bij zelfdoding verleent, strafbaar is, tenzij deze arts heeft voldaan aan alle vereisten en criteria uit de wet van 2002. In deze wet komen de volgende onderwerpen aan de orde.

- De in acht te nemen zorgvuldigheidseisen en criteria: dit zijn de eisen die in hoofdstuk 3 van deze richtlijn (paragraaf 2 tot en met 7) worden besproken.
- De omstandigheden waaronder de arts gevolg mag geven aan een schriftelijke wilsverklaring van een patiënt: deze verklaring kan het actuele verzoek vervangen, maar laat de toepasselijkheid van de overige zorgvuldigheidseisen onverlet.
- De wijze waarop met verzoeken om levensbeëindiging van minderjarige patiënten van 12 jaar of ouder moet worden omgegaan.
- De verplichting tot melding door de handelende arts bij de gemeentelijke lijkschouwer en de multidisciplinaire toetsingscommissie.
- De wijze waarop de commissie de zaak afhandelt en beoordeelt.

3 De relatie tussen rechtspraak/wetgeving en opvattingen uit de beroepsgroep

Toetsstenen voor de rechter zijn in belangrijke mate het wetenschappelijk verantwoorde medische inzicht en de normen van de medische ethiek. Dit inzicht en deze normen kunnen helpen om in een concreet geval te bepalen of het beroep van de arts of de psychiater op strafuitsluiting kan worden gehonoreerd. De zorgvuldigheidseisen zoals genoemd in de wet van 2002 en in hoofdstuk 3 van deze richtlijnen vullen het genoemde algemene

criterium nader in. Rapporten en standpunten over hulp bij zelfdoding zoals deze binnen de beroepsgroep tot stand komen, zijn de rechter behulpzaam bij het interpreteren van de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Dat geldt ook voor de onderhavige richtlijn. Deze richtlijn is onder meer bedoeld om een bijdrage te leveren aan de interactie tussen juridische regels en normen en opvattingen uit de beroepsgroep, en om daardoor de kwaliteit van de beroepsuitoefening op dit gebied verder te verbeteren.

4 Melding en het afleggen van verantwoording

Het inwilligen van een verzoek om hulp bij zelfdoding is een zeer ingrijpende beslissing. Op het gebied van de psychiatrie komt het slechts hoogst zelden zover. In de gevallen waarin de arts tot hulp bij zelfdoding in gevallen van psychisch lijden is overgegaan, volgde bijna altijd een straf- of tuchtrechtelijke procedure. Een dergelijke procedure kan zowel voor de arts als de nabestaanden van de patiënt zeer belastend zijn. Aan de andere kant is het begrijpelijk dat er zowel vanuit de beroepsgroep als de samenleving in dit soort gevallen wordt aangedrongen op toetsbaarheid van de arts. Het belang van toetsbaarheid en het afleggen van verantwoording kan niet voldoende worden benadrukt. Het is dan ook cruciaal dat de arts die tot hulp bij zelfdoding overgaat in gevallen als in deze richtlijn bedoeld, voldoet aan de wettelijke plicht om te melden. De arts die niet meldt, kan zich niet beroepen op de hiervoor genoemde bijzondere strafuitsluitingsgrond en is dan derhalve strafbaar wegens euthanasie of hulp bij zelfdoding (ook al was aan de overige eisen wel voldaan).

Literatuur

- Achterhuis, H., Goud, J., Koerselman, F., Otten, W.J., & Schalken T. (1995). *Als de dood voor het leven: Over professionele hulp bij zelfmoord*. Amsterdam: G.A. van Oorschot.
- Asmus, F.P., & Schoevers, R.A. (1995). De rol van de psychiater bij zelfdoding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 50, 131-141.
- Battin, M.P. (1994). *The least worst death: Essays in bioethics at the end of life*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Berghmans, R.L.P. (1992). *Om bestwil: Paternalisme in de psychiatrie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Berghmans, R.L.P. (1993). Het paternalisme voorbij: Ethische overwegingen rond hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 770-786.
- Berghmans, R.L.P. (1994). Aan het einde geholpen: Het KNMG-CAL-rapport 'Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten'. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 4, 55-58.
- Bobbe, B., Moritz, B., & Bareman F. (1990). Vragers om hulp bij zelfdoding. Een onderzoek bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 45, 373-383.
- Chabot, B.E. (1993). Hulp bij zelfdoding: drie rechtszaken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 715-737.
- Chabot, B.E. (1994). Stervenshulp: De twistappel van het gelijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 528-540.
- Chabot, B.E. (1996). *Sterven op drift: Over doodsverlangen en onmacht*. Nijmegen: SUN.
- Chabot, B.E. (2000). De vraag om hulp bij zelfdoding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 759-766.
- Chabot, B.E. (2007). *Auto-euthanasie: verborgen stervenswegen in gesprek met naasten*. Dissertatie. Amsterdam: Uitgeverij Bakker.
- Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie. (1991). *Medische beslissingen rond het levenseinde*. Den Haag: Sdu.
- Cornelisse, M. (1994). Hulp bij zelfdoding: Een overzicht. *Rekenschap*, 41, 201-205.
- Dillmann, R.J.M. (1993). Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten: Omvang problematiek, terminologie en definities, morele afwegingen. *Medisch Contact*, 48, 1470-1474.
- Dillmann, R.J.M., & Legemaate, J. (1994). Euthanasia in the Netherlands: the state of the legal debate. *European Journal of Health Law*, 1, 81-87.

- Does, E. van der. (1993). Levensbeëindigend handelen of hulp bij zelfdoding bij wilsonbekwame en psychiatrische patiënten: De verantwoordelijkheid van de arts. *Medisch Contact*, 48, 1490-1492.
- Drion, H. (1991, 19 oktober). Het zelfgewilde einde van oudere mensen. *NRC Handelsblad*.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1993). *De meldingsprocedure euthanasie/hulp bij zelfdoding en psychiatrische patiënten*. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- Gevers, J.K.M. (1993). De discussienota's van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen: Kanttekeningen vanuit het recht. *Medisch Contact*, 48, 1493-1495.
- Gezondheidsraad. (2002). *Dementie*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Griffiths, J. (1995). Assisted suicide in the Netherlands: The Chabot case. *Modern Law Review*, 58, 232-248.
- Griffiths, J. (1995). Balans van de recente rechtsontwikkeling rondom euthanasie en andere levensbekortende handelingen. *Rechtsgeleerd Magazijn Themis*, 3, 87-107.
- Griffiths J., Bood, A. & Weyers, H. (1998). *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Griffiths, J., Weyers, H. & Adams, M. (2008). *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing.
- Groenewoud, J.H., Maas P.J. van der, Wal, G. van der, Hengeveld M.W., Tholen A.J., Schudel W.J., & Heide A. van der. (1997). Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2244-2248.
- Groenewoud, J.H. (2002). *End-of-life decisions in medicine: Empirical studies on practices and attitudes in the Netherlands*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Hartogh, G.A. den. (1994). Over de knechtelijke wil: Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. *Rekenschap*, 41, 211-214.
- Hendin, H. (1994). Seduced by death: Doctors, patiënts and the Dutch cure. *Issues in Law & Medicine*, 10, 123-168.
- Koerselman, F. (1994). Balanssuicide als mythe: Over 'Zelf Beschikt', door B.E. Chabot. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 515-527.
- KNMG. (2003). *Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003*. Utrecht: KNMG.
- KNMG. (2004). *Van wet naar praktijk: implementatie van de WGBO. Deel 2: Informatie en toestemming*. Utrecht: KNMG.
- KNMG. (2004). *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven: verslag van de werkzaamheden van een commissie onder voorzitterschap van prof. J. Dijkhuis*. Utrecht: KNMG.
- KNMG. (2005). *Richtlijn palliatieve sedatie*. Utrecht: KNMG.

- KNMG(CAL). (1997). *Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen. Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- KNMP (2007). *Toepassing en bereiding van euthanatica*. Den Haag: KNMP.
- Kortmann, F.A.M. (1993). Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: Het ziekenhuisbeleid. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 787-796.
- Kuitert, H.M. (1994). *Suicide: Wat is er tegen?* Baarn: Ten Have.
- Legemaate, J. (1993). Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: regels en opvattingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 750-769.
- Legemaate, J. (2005). *De zorgverlening rond het levenseinde: een literatuurstudie naar begripsomschrijvingen en zorgvuldigheidseisen*. Utrecht: KNMG.
- Legemaate, J., & Dillmann, R.J.M. (1993). Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten: De zorgvuldigheidseisen nader bezien. *Medisch Contact*, 48, 1475-1479.
- Legemaate, J., & Dillmann R.J.M. (Red.). (2003). *Levensbeëindiging door een arts op verzoek van de patiënt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Legemaate, J., & Gevers, S. (1995, juni). Physician assisted suicide in psychiatry: Developments in the Netherlands [manuscript]. Paper presented at the XXI International Congress on Law and Mental Health, Tromsø, Norway, June 25-29, 1995.
- Lijn, M. van der, Nolen, W.A., & Schudel W.J. (1994). Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten. Rechtvaardigingsgronden en zorgvuldigheidscriteria. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 406-416.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (1992). Mededelingen bestuur. *Nieuws en Mededelingen*, 2, 2-3.
- Nolen, W.A. (1993). Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten: Enkele opmerkingen bij het rapport van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen. *Medisch Contact*, 48, 1483-1485.
- Ree, F. van. (1982). Over euthanasie en/of therapie bij suïcidaliteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 391-404.
- Ree, F. van. (1995). Consulente en medewerker bij hulp bij zelfdoding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 50, 181-185.
- Regionale toetsingscommissies euthanasie. (2004). Jaarverslag 2003 regionale toetsingscommissies euthanasie. Arnhem: Regionale toetsingscommissies euthanasie.
- Rooymans, H.G.M. (1995). Hulp bij suïcide. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 868-869.
- Rijk, C. (1989). Vragen om hulp bij zelfdoding bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 44, 540-545.
- Schudel, W.J., e.a. (1993). De zaak van de vasthoudende inspecteur: Een procedure in het medisch tuchtrecht. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 738-749.

- Sengers, W.J. (1993). Hulp bij persisterende doodsverlangens. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 282-289.
- Thiel, G.J.M.W., & Verweij, M.F. (1995). Hulp bij zelfdoding in psychiatrische ziekenhuizen. Een vraagstuk dat de arts-patiënt relatie overstijgt. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 5(1), 2-7.
- Tholen, A.J. (1993). Wilsbekwaamheid bij een verzoek om levensbeëindigend handelen. *Medisch Contact*, 48, 1480-1482.
- Tholen, A.J. (2000). Vaardigheden en zorgvuldigheid bij alternatieven voor hulp bij zelfdoding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42(10), 767-772.
- Tholen, A.J. (2003a). Levensbeëindiging en psychisch lijden. *Medisch Contact*, 58(2), 64-67.
- Tholen, A.J. (2003b). Psychisch lijden bij verzoeken om levensbeëindiging. In M. Adams, J. Griffiths & G. den Hartogh (Red.), *Euthanasie: Nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie*. Kampen: Kok.
- Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Legemaate, J., Nolen, W.A., Huisman, J., & Scherders, M.J.W.T. (1999). Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische stoornis: Richtlijnen voor de psychiater. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143(17), 905-909.
- Tol, D. van. (1977). *De dood als keuze*. Meppel: Boom.
- Wal, G.A. van der. (1991). Geestelijk lijden. In: R.L.P. Berghmans, G.M.W.R. der Wert, & C. van der Meer (Red.), *De dood in beheer: Morele dilemma's rondom het sterven* (pp. 112-137). Baarn: Ambo.
- Wal, G. van der, & Maas, P.J. (1996). *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*. Den Haag: Sdu.
- Weyers, H. (2004). *Euthanasie, het proces van rechtsverandering*. Amsterdam: University Press.