



Iedereen heeft recht op een waardig levenseinde!

Een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychische stoornis binnen
GGZ Oost Brabant

Auteur:	Aniek Twaalfhoven
Onderwijsinstelling:	Juridische Hogeschool Avans-Fontys
Opleiding:	HBO-Rechten
Afstudeerperiode:	4 februari 2013 – 10 mei 2013
Afstudeerorganisatie:	GGZ Oost Brabant locatie Coudewater

Rosmalen, 27 mei 2013

Iedereen heeft recht op een waardig levenseinde!

Een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychische stoornis binnen
GGZ Oost Brabant

Intern

Auteur:	A.H.A. Twaalfhoven
Functie auteur:	Stagiaire
Onderwijsinstelling:	Juridische Hogeschool Avans- Fontys
Locatie:	's-Hertogenbosch
Opleiding:	HBO-Rechten
Studentnummer:	2026307
Afstudeerperiode:	4 februari 2013 – 10 mei 2013
Afstudeerorganisatie:	GGZ Oost Brabant locatie Coudewater
Opdrachtgever/stagementor:	Rob Conijn
Eerste afstudeerdocent:	Lydia Nuchelmans
Tweede afstudeerdocent:	Tamara Wielders

Rosmalen, 27 mei 2013

Voorwoord

In het kader van mijn studie HBO-Rechten aan de Juridische Hogeschool Avans-Fontys te 's-Hertogenbosch heb ik gedurende veertien weken, van 4 februari 2013 tot en met 10 mei 2013, stage gelopen bij GGZ Oost Brabant locatie Coudewater afdeling Raad van Bestuur. Tijdens deze afstudeerperiode heb ik in opdracht van GGZ Oost Brabant onderzoek gedaan naar onder welke voorwaarden een arts/psychiater binnen deze instelling aan een verzoek kan voldoen om euthanasie of hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychische en/of psychiatrische aandoening die lijden tengevolge van die psychische aandoening.

Bij het maken van dit onderzoeksrapport heb ik natuurlijk enige hulp gekregen. Ik wil dan ook via deze weg een aantal personen bedanken die mij hiermee hebben geholpen.

Allereerst wil ik mijn afstudeermentor, Rob Conijn, bedanken voor de goede begeleiding en adviezen gedurende de afstudeerperiode. Daarnaast wil ik Milou Jansen bedanken voor het feit dat zij altijd bereid is geweest om mijn vragen te beantwoorden, de hoofdstukken van het onderzoeksrapport na te kijken en deze hoofdstukken van commentaar te voorzien.

Verder wil ik mijn eerste afstudeerdocent, Lydia Nuchelmans, bedanken voor de prettige begeleiding. Mijn tweede afstudeerdocent, Tamara Wielders, dank ik voor het beoordelen van mijn scriptie. Tot slot wil ik de psychiaters binnen GGZ Oost Brabant bedanken die mijn enquête hebben ingevuld.

Ik wens u veel plezier met het doorlezen van mijn onderzoeksrapport.

Aniek Twaalfhoven
Rosmalen, mei 2013

Lijst van afkortingen

BW	Burgerlijk Wetboek
CAL	Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen
Consulent	Onafhankelijke arts
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
KNMG	De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
NVVE	Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
OM	Openbaar Ministerie
Psychische stoornis	Een psychische en/of psychiatrische aandoening
Sr	Wetboek van Strafrecht
Toetsingscommissie	Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
Verklaring	Schriftelijke wilsverklaring om euthanasie
Wlb	Wet op de lijkbezorging
Wtl	Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

1. Inleiding

Marie is tweeënzestig jaar en wordt al drieëntwintig jaar poliklinisch behandeld binnen GGZ Oost Brabant vanwege depressieve klachten. Zij heeft al meerdere pogingen gedaan om zichzelf te doden. Marie woont nu al vijftien jaar op Coudewater. Thuis wonen ging namelijk niet meer. In de loop der jaren bleek Marie een manisch depressieve stoornis te hebben en een schizo-affectieve psychose te ontwikkelen. Marie ziet het leven al jaren niet meer zitten. Ongeveer vier maanden geleden vroeg zij haar psychiater voor het eerst om hulp bij zelfdoding. Inmiddels heeft ze haar psychiaters al vijf keer om hulp bij zelfdoding gevraagd. Haar psychiater weet echter niet hoe hij op het verzoek van Marie moest reageren. Hij zit namelijk met een aantal vragen. Is het verzoek van Marie wel vrijwillig en weloverwogen? Lijdt Marie wel ondraaglijk en uitzichtloos? Is Marie wel uitbehandeld? Door deze vragen weet haar psychiater niet of hij hulp bij zelfdoding mag verlenen aan Marie en zit Marie nog met haar onbeantwoorde hulpvraag.

Hoewel hierboven een fictieve casus wordt beschreven, kunnen ook psychiaters binnen GGZ Oost Brabant met dergelijke vragen geconfronteerd worden indien een patiënt vanwege psychisch lijden om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt. De vragen en problemen die kunnen rijzen bij een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding vanwege psychisch lijden, gaven aanleiding om dit verder te onderzoeken en uit te werken in dit onderzoeksrapport.

In dit hoofdstuk wordt allereerst de organisatie GGZ Oost Brabant beschreven. Vervolgens worden de probleembeschrijving, doelstelling en centrale vraag uiteengezet. Daarna wordt in dit hoofdstuk aangegeven welke onderzoeksmethode is gehanteerd. Tot slot wordt de opbouw van het onderzoeksrapport kort uiteengezet.

§1.1 Omschrijving GGZ Oost Brabant

De doelgroep waar GGZ Oost Brabant zich op focust zijn mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen inclusief zorgmijders. Daarnaast focust deze instelling zich op mensen met meervoudige, vaker voorkomende psychische of psychiatrische aandoeningen die door de ernst en/of de complexiteit (langdurende) specialistische behandeling en/of begeleiding nodig hebben en die topspecialistische zorg in bovenregionaal verband nodig hebben. GGZ Oost Brabant biedt hen veilige en menslievende zorg.

§1.2 Probleembeschrijving

Sinds 1 april 2002 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (hierna: Wtl) van kracht. Een arts mag alleen meewerken aan de levensbeëindiging van personen met somatische-, psychische- of psychiatrische aandoeningen als er onder andere is voldaan aan de zes zorgvuldigheidseisen van artikel 2 uit deze wet.¹ Het is echter op dit moment binnen GGZ Oost Brabant onduidelijk wanneer er juridisch wordt voldaan aan bepaalde zorgvuldigheidseisen ten aanzien van patiënten met een psychische en/of psychiatrische aandoening (hierna: psychische stoornis).

Zo staat er in artikel 2 lid 1 sub a van deze wet dat er sprake moet zijn van een 'vrijwillig en weloverwogen verzoek' van de patiënt. Een patiënt met een psychische

¹ Onder arts valt ook een psychiater. Een psychiater is namelijk een arts binnen de psychiatrie. De rechten en plichten die een arts heeft, zijn dus ook van toepassing op de psychiater.

stoornis kan echter niet altijd aantonen dat een keuze vrijwillig en weloverwogen is. Ook is deze persoon niet altijd wilsbekwaam. Het is dus niet in alle gevallen duidelijk voor de GGZ Oost Brabant medewerkers, wanneer er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Daarnaast moet er volgens artikel 2 lid 1 sub b van deze wet sprake zijn van 'een uitzichtloos en ondraaglijk lijden' om te kunnen beoordelen of een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding rechtsgeldig is. Deze zorgvuldigheidseis is echter lastig in te vullen binnen GGZ Oost Brabant, want deze eis geeft niet specifiek aan in welke gevallen er sprake is van een uitzichtloze situatie en wanneer er sprake is van ondraaglijk lijden. Bij patiënten met somatische aandoeningen is het duidelijk wanneer een situatie uitzichtloos is en wanneer er sprake is van ondraaglijk lijden. Bij patiënten met kanker kan er bijvoorbeeld met een scan worden aangetoond waar de kanker zit en waar eventueel uitzaaiingen zitten. Bij patiënten met psychische stoornissen is het echter veel lastiger om vast te stellen wanneer er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden is.

De hulpverlener kan door bovengenoemde problemen geen antwoord geven op de vraag onder welke voorwaarden aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychische stoornis voldaan kan worden. De nood van de patiënt wordt hierdoor niet opgelost en de hulpverlener blijft met vragen zitten. Daarom wil GGZ Oost Brabant dat er uitgezocht wordt wanneer er sprake is van een 'vrijwillig en weloverwogen verzoek' en 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' bij wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten met een psychische stoornis. Kortom zij willen weten wanneer aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding voldaan kan worden bij wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten met een psychische stoornis.

§1.3 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is om op 27 mei 2013 een onderzoeksrapport aan GGZ Oost Brabant op te leveren met de relevante juridische kaders die betrekking hebben op euthanasie en zelfdoding bij patiënten met een psychische en/of psychiatrische aandoening, zodat de instelling een beleidsnotitie kan opstellen over euthanasie en hulp bij zelfdoding binnen GGZ Oost Brabant.

§1.4 Doelgroep onderzoek

De doelgroep van het onderzoek is de meerderjarige wilsbekwame en wilsonbekwame patiënt met een psychische stoornis binnen GGZ Oost Brabant. Hierbij kan worden gedacht aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, depressie of een patiënt die lijdt aan dementie.

§1.5 Centrale vraag

Onder welke voorwaarden kan binnen de GGZ Oost Brabant met het oog op wet- en regelgeving, jurisprudentie en beroepseisen door artsen/psychiaters worden voldaan aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding bij personen met een

psychische en/of psychiatrische stoornis die lijden tengevolge van die psychische aandoening?

§1.6 Methoden van onderzoek

Om tot een antwoord op de centrale vraag te komen is er een bronnenonderzoek verricht. Hierbij is gebruik gemaakt van de relevante wet- en regelgeving, jurisprudentie, literatuur, vakgerelateerde tijdschriften en de jaarverslagen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (hierna: toetsingscommissie). Ook is er gebruik gemaakt van interne documenten. Er is echter alleen gebruik gemaakt van relevante literatuur.

Daarnaast heeft de onderzoeker empirisch onderzoek verricht. Om te onderzoeken of er een praktijkprobleem is indien een patiënt met een psychische stoornis om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt, heeft de onderzoeker naar deze gegevens onderzoek verricht. Hierdoor wordt duidelijk wat de omvang is van het praktijkprobleem in Nederland. Voor dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van bestaande gegevens.

Om er achter te komen hoe de psychiaters binnen GGZ Oost Brabant reageren/zouden reageren op een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft de onderzoeker een enquête opgesteld. Het invullen van deze enquête duurt niet langer dan een paar minuten. Dit om de respondentengroep te vergroten. Deze enquête is anoniem, ervan uitgaande dat respondenten eerlijker antwoorden. Dit maakt de enquête dan ook betrouwbaarder. De bedoeling van deze onderzoeksmethoden is dat deze de validiteit van het onderzoeksrapport vergroot.

§1.7 Leeswijzer

Het onderzoeksrapport bestaat uit acht hoofdstukken. Allereerst wordt in hoofdstuk twee de geschiedenis van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychische stoornis beschreven. Hierover was, en is tegenwoordig nog, namelijk veel discussie en onduidelijkheid. Door dit hoofdstuk wordt duidelijk wat de ontwikkelingen zijn omtrent euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland. In hoofdstuk drie worden enkele handelingen en beslissingen rondom het levenseinde toegelicht. Zo wordt uiteengezet wat onder levensbeëindiging op verzoek wordt verstaan en wat er onder levensbeëindiging zonder verzoek wordt verstaan. Daarnaast wordt uiteengezet wat onder normaal medisch handelen wordt verstaan. Juridisch zitten tussen deze handelingen en beslissingen namelijk grote verschillen. Daarna wordt in hoofdstuk vier het algemeen juridisch kader uiteengezet indien een patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt. In hoofdstuk vijf wordt echter uiteengezet in welke situatie euthanasie of hulp bij zelfdoding juridisch is toegestaan bij de patiënt die vanwege een psychische stoornis psychisch lijdt. Door hoofdstuk vier en hoofdstuk vijf wordt duidelijk wanneer juridisch aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychische stoornis kan worden voldaan. In hoofdstuk zes wordt vervolgens beschreven wat de oorzaak van het probleem is indien een patiënt vanwege psychisch lijden om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt. Hierdoor wordt duidelijk dat er ook sinds de totstandkoming van de WtI nog problemen zijn indien een patiënt met een psychische stoornis om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt. Daarna wordt in hoofdstuk zeven uiteengezet wat er binnen GGZ Oost

Brabant geregeld is over euthanasie en hulp bij zelfdoding en wat het probleem is binnen deze instelling als een patiënt vanwege psychisch lijden hierom verzoekt. Door dit hoofdstuk wordt duidelijk wat er binnen de instelling veranderd moet worden. Tot slot worden in hoofdstuk acht de conclusies en aanbevelingen beschreven. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de centrale vraag van het onderzoeksrapport. De hoofdstukken volgen elkaar logisch en chronologisch op. Daarom heeft de onderzoeker voor deze opzet gekozen.

2. De geschiedenis

In dit hoofdstuk wordt de geschiedenis uiteengezet van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychische stoornis in Nederland. Daardoor wordt duidelijk hoe euthanasie en hulp bij zelfdoding zich bij deze patiënten in de loop der jaren hebben ontwikkeld. In paragraaf 2.1 wordt de discussie over hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychische stoornis beschreven. In paragraaf 2.2 wordt vervolgens uiteengezet in welke situatie tot hulp bij zelfdoding overwogen kon worden. Daarna wordt het belangrijke Chabot-arrest toegelicht in paragraaf 2.3. Uiteindelijk is op 1 april 2002 de Wtl in werking getreden. Dit wordt in paragraaf 2.4 beschreven. Ten slotte wordt in paragraaf 2.5 het antwoord gegeven op de vraag 'Wat is de geschiedenis van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychische stoornis in Nederland'.

§2.1 De discussie

Voor de inwerkingtreding van de Wtl was euthanasie verboden en strafbaar gesteld in artikel 293 Wetboek van Strafrecht (hierna: Sr) en hulp bij zelfdoding in artikel 294 Sr.

De discussie over de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding kwam in Nederland op gang aan het einde van de jaren zestig.² Deze discussie kwam onder andere los onder invloed van de toenemende kritiek op de medische ethos dat sterk was gericht op levensverlenging. In 1969 verscheen een geruchtmakend boek over medische beslissingen rond de dood.³ In dit boek stond dat het soms beter was voor een patiënt om niet verder behandeld te worden. Dit creëerde ruimte voor de vraag of het in bepaalde situaties moreel toelaatbaar was om de dood 'te veroorzaken'. Daarnaast bleven patiënten langer leven als gevolg van betere medicatie en werden patiënten steeds mondiger. Daardoor ontstond er een flinke discussie over de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Deze discussie ging ruw genomen tot in de jaren negentig verder.⁴

Bovengenoemde discussie ging niet alleen over de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij patiënten die lichamelijk leden. In de jaren zeventig was namelijk binnen de beroepsgroep van psychiaters een debat gestart over de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding bij patiënten die psychisch leden.⁵ Uit dit debat kwam naar voren dat in dergelijke gevallen zeer grote terughoudendheid was geboden, maar dat hulp bij zelfdoding in uitzonderlijke omstandigheden aanvaardbaar kon zijn. Deze discussie ging dus expliciet over hulp bij zelfdoding. Toch leek deze discussie tot het begin van de jaren negentig in belangrijke mate aan de psychiatrie voorbij te gaan.⁶ De zelfdodingsgedachten van patiënten met een psychische stoornis werden namelijk tot die tijd vaak beschouwd als een symptoom van hun stoornis. Er werd dan ook bij deze patiënten voornamelijk nadruk gelegd op het voorkomen van zelfdoding.

² Becker 2007, p. 117.

³ Van den Berg 1969.

⁴ Becker 2007, p. 117.

⁵ NVVP 2009, p. 75-76.

⁶ Van der Lijn, Nolen & Schudel 1994, p. 2.

§2.2 Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychische stoornis

Er werd veel geschreven over hoe een arts kon voorkomen dat een patiënt met een psychische stoornis overging tot zelfdoding.⁷ Er werd echter weinig geschreven over het verlenen van hulp bij zelfdoding aan deze patiënten. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (hierna: KNMG) bracht daarin, in november 1993, verandering met de publicatie van het rapport van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (hierna: CAL) genaamd 'Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten'. Ook in het CAL-rapport stond dat de hulp bij deze patiënten in eerste instantie moest zijn gericht op het voorkomen van zelfdoding. In het CAL-rapport stond echter ook dat tot het verlenen van hulp bij zelfdoding overwogen kon worden als aan de volgende eisen werd voldaan:

- er geen behandelingsperspectief meer was voor de patiënt;
- de patiënt onaanvaardbaar leed;
- de patiënt herhaaldelijk en uitdrukkelijk om de dood verzocht.

Als aan bovengenoemde voorwaarden werd voldaan, mocht de arts hulp bij zelfdoding verlenen. Als hij daadwerkelijk hulp bij zelfdoding verleende, kon hij zich beroepen op de rechtvaardigingsgrond overmacht. In een dergelijk geval mocht de arts de plicht om op verzoek van de patiënt een einde te maken aan ondraaglijk en onaanvaardbaar lijden zwaarder laten wegen dan de plicht om diens leven te behouden.⁸ Indien het beroep op overmacht slaagde, werd de arts niet vervolgd wegens een strafbaar feit.

§2.3 Chabot-arrest

Op 21 juni 1994 liet de Hoge Raad zich voor het eerst uit over een zaak waarbij een psychiater zich beriep op de rechtvaardigingsgrond overmacht, omdat hij hulp bij zelfdoding had verleend aan een patiënt die uitsluitend psychisch leed. Hieronder wordt deze zaak kort uiteengezet.

Psychiater Chabot gaf in september 1991 zijn patiënte wegens ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden en na haar herhaaldelijke en weloverwogen verzoeken om de dood medicijnen waarmee ze zich kon doden.⁹ Hij verleende dus hulp bij zelfdoding aan deze patiënte.

Oordeel rechtbank en hof

Psychiater Chabot beriep zich op de rechtvaardigingsgrond overmacht. In een gerechtelijke procedure oordeelden de rechtbank en het hof dat er sprake was van een voor de patiënte ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Daarnaast oordeelden zij dat psychiater Chabot zorgvuldig en medisch verantwoord te werk was gegaan. Het beroep op overmacht werd dan ook door beiden instanties gehonoreerd en psychiater Chabot werd ontslagen van alle rechtsvervolgning.

⁷ Van der Lijn, Nolen & Schudel 1994, p. 2.

⁸ HR 27 november 1984, NJ 1985, 106.

⁹ HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656.

Oordeel Hoge Raad

Het beroep op overmacht werd door de Hoge Raad echter niet gehonoreerd. De Hoge Raad verweet psychiater Chabot namelijk dat zijn patiënte niet door een tweede psychiater was geconsulteerd. Het beroep op overmacht van psychiater Chabot slaagde dus niet. De Hoge Raad bevond hem schuldig, maar legde hem geen straf op. Daarnaast oordeelde de Hoge Raad dat het bij uitzichtloos en ondraaglijk lijden het er niet principieel toe doet of het om lichamelijk lijden of psychisch lijden gaat. Indien een patiënt psychisch lijdt, kan er dus ook sprake zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Deze uitspraak van de Hoge Raad voegde dus een nieuw en belangrijk hoofdstuk toe aan de discussie over hulp bij zelfdoding in de psychiatrie.

§2.4 Het wetsvoorstel

In augustus 1999 werd een nieuw wetsvoorstel ingediend ter wijziging van artikel 293 en 294 Sr.¹⁰ Dit wetsvoorstel strekte ertoe om in lid 2 van artikel 293 Sr een bijzondere strafuitsluitingsgrond op te nemen voor de arts die euthanasie heeft toepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend. Met dit wetsvoorstel gaf het kabinet uitvoering aan wat in het Regeerakkoord op het punt van de euthanasie was opgenomen.¹¹ De Wtl is uiteindelijk op 1 april 2002 in werking getreden.

§2.5 Conclusie

Voor de inwerkingtreding van de Wtl ging het expliciet over de aanvaardbaarheid of het verlenen van hulp bij zelfdoding aan een patiënt met een psychische stoornis. Over het toepassen van euthanasie bij deze patiënten werd dus niet gesproken. Er kan dus geconcludeerd worden dat voor de inwerkingtreding van de Wtl alleen werd ingegaan op hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychische stoornis. Hieronder wordt kort de geschiedenis van hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychische stoornis beschreven.

In de jaren zeventig startte de beroepsgroep van psychiaters met de discussie over de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding bij patiënten die psychisch leden. In november 1993 bracht de KNMG het CAL-rapport uit, waarin stond dat tot hulp bij zelfdoding overwogen kon worden bij een patiënt met een psychische stoornis. De patiënt moest wel uitbehandeld zijn, onaanvaardbaar lijden en herhaaldelijk en uitdrukkelijk om de dood verzoeken. De arts diende zich te beroepen op de rechtvaardigingsgrond overmacht indien hij hulp bij zelfdoding verleende. Psychiater Chabot was de eerste arts die zich beriep op de rechtvaardigingsgrond overmacht, omdat hij hulp bij zelfdoding had verleend aan een patiënt die uitsluitend psychisch leed. De Hoge Raad voegde met deze zaak een belangrijk en nieuw en belangrijk hoofdstuk toe aan de discussie over hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. De Hoge Raad oordeelde namelijk dat er sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden indien een patiënt uitsluitend psychisch lijdt. Voor er kan worden overgegaan tot hulp bij zelfdoding dient de patiënt echter door een tweede arts geconsulteerd te worden. De patiënte van psychiater Chabot was echter niet door een tweede arts geconsulteerd en daardoor bevond de Hoge Raad hem schuldig.

¹⁰ Kamerstukken II 1998/99, 26 691, nr. 3.

¹¹ Kamerstukken II 1997/98, 26 024, nr. 10, p. 47.

3. Handelingen niet gericht op levensbehoud

Er zijn verschillende beslissingen en handelingen rondom het levenseinde. Ook juridisch zitten hier verschillen tussen. Het is dus zaak om deze beslissingen en handelingen toe te lichten. Allereerst wordt in paragraaf 3.1 uiteengezet wat er wordt verstaan onder levensbeëindiging op verzoek. Hieronder vallen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 levensbeëindiging zonder verzoek beschreven. In paragraaf 3.3 wordt ingegaan op normaal medisch handelen. Tot slot wordt in paragraaf 3.4 de conclusie op de deelvraag van dit hoofdstuk gegeven, namelijk 'Wat zijn juridisch de verschillen tussen handelingen die niet zijn gericht op levensbehoud?'.

3.1 Levensbeëindiging op verzoek

Een wilsbekwame patiënt kan verzoeken om levensbeëindiging. Een patiënt is wilsbekwaam als deze in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.¹² Het uitgangspunt hierbij is dat een patiënt wilsbekwaam moet worden bevonden tot het tegendeel bewezen is. Een patiënt wordt echter wilsonbekwaam bevonden als hij niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.¹³ De arts kan hierbij tot een oordeel komen door observatie van en interactie met de patiënt. De arts die stelt dat een patiënt wilsonbekwaam is, dient hiervoor argumenten aan te dragen.

De volgende vragen kan de arts, vaak een psychiater, helpen bij de beoordeling of de patiënt wils(on)bekwaam is.¹⁴

- Kan de patiënt een keuze maken?
- Er moet worden gelet op de aard van de beslissing; wat zou een redelijk mens hebben gedaan in vergelijkbare omstandigheden?
- Is er sprake van een rationeel gemotiveerde keuze? De argumentatie wordt hierbij beoordeeld, niet de beslissing zelf.
- Is er sprake van voldoende begripsvermogen?
- Er moet worden gelet op het feitelijk begrip; begrijpt de patiënt de verstrekte informatie?
- Er moet worden gezien of de patiënt inzicht heeft in zijn situatie; begrijpt de patiënt zelf welke beslissing hij neemt en begrijpt de patiënt de hem verstrekte informatie?

Een wilsbekwame patiënt met een psychische stoornis kan dus verzoeken om levensbeëindiging. Onder levensbeëindiging op verzoek vallen euthanasie en hulp bij

¹² Artikel 7:465 lid 1 Burgerlijk Wetboek Boek 7 (hierna: BW).

¹³ Artikel 7:465 lid 2 BW

¹⁴ Hermans & Buijsen 2010, p. 243.

zelfdoding. De arts die euthanasie toepast of hulp bij zelfdoding verleent aan deze patiënt is niet strafbaar als aan de voorwaarden uit artikel 293 lid 2 Sr wordt voldaan.¹⁵

Hieronder wordt uiteengezet wat er wordt verstaan onder euthanasie en hulp bij zelfdoding.

§3.1.1 Euthanasie

Om helderheid te verschaffen, is er in Nederland op juridisch en ethisch gebied voor een eigen definitie van euthanasie gekozen. Voor de beschrijving van deze definitie zijn een aantal elementen van belang:

- Het moet gaan om een handelen dat levensverkorting of de dood tot gevolg heeft. Euthanasie is een niet-natuurlijke dood. Het betreffende leven had namelijk uit zichzelf of met gebruik van medische mogelijkheden in stand kunnen blijven.¹⁶
- Deze handeling moet een derde, dus niet de persoon zelf hebben verricht. Als de persoon de handeling zelf heeft verricht, is er namelijk sprake van zelfdoding. Het maakt hierbij niet uit welke kwalificatie de derde heeft, want dat vormt geen element voor de definitie.
- Daarnaast moet het gaan om een verzoek om euthanasie.

Op grond van bovengenoemde elementen hanteren juristen, artsen, ethici en de wetgever de volgende definitie voor euthanasie: 'de opzettelijke levensbeëindiging door een arts op uitdrukkelijk verzoek van de persoon zelf'.

§3.1.2 Hulp bij zelfdoding

Hulp bij zelfdoding is 'het opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam zijn of hem de middelen daartoe verschaffen' als bedoeld in artikel 294, lid 2, tweede volzin, Sr.¹⁷

Bij hulp bij zelfdoding handelt de patiënt zelf levensbeëindigend.¹⁸ Hierbij moet dus een eigen handeling van de patiënt volgen. De patiënt dient bijvoorbeeld een dodelijk drankje tot zich te nemen.¹⁹ Hulp bij zelfdoding is een niet-natuurlijke dood. Het betreffende leven had namelijk uit zichzelf of met gebruik van medische mogelijkheden in stand kunnen blijven.

§3.2 Levensbeëindiging zonder verzoek

Er is een groep patiënten die niet om levensbeëindiging kan verzoeken, zoals pasgeborenen, kinderen tot en met 11 jaar en wilsonbekwame patiënten die geen schriftelijke wilsverklaring om euthanasie (hierna: verklaring) hebben opgesteld op het moment dat zij wilsbekwaam waren.²⁰ Deze verklaring wordt toegelicht in paragraaf 5.1.2 van het onderzoeksrapport. Indien de arts levensbeëindigend handelt bij deze patiënten is er dus sprake van levensbeëindiging zonder verzoek. Er is in dit geval dus

¹⁵ Deze voorwaarden worden uitgebreid besproken in hoofdstuk 4 en 5 van dit onderzoeksrapport.

¹⁶ Leenen, Gevers & Legemaate 2011, p. 342-343.

¹⁷ Artikel 1 onder b Wtl.

¹⁸ KNMG 2003, p. 4.

¹⁹ Legemaate 2006, p. 28.

²⁰ Hermans & Buijsen 2010, p. 438-439.

nooit sprake van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Levensbeëindigend handelen zonder verzoek wordt namelijk juridisch gekwalificeerd als moord.²¹

De arts die levensbeëindigend handelt zonder verzoek dient de meldingsprocedure te volgen en in een gerechtelijke procedure zal de arts een beroep moeten doen op de rechtvaardigingsgrond overmacht.²²

§3.2.1 Meldingsprocedure

De arts die levensbeëindigend heeft gehandeld zonder verzoek van de patiënt moet deze niet-natuurlijke doodsoorzaak melden bij de gemeentelijke lijkschouwer.²³ De arts vult een modelverslag in en overhandigt deze aan de gemeentelijke lijkschouwer. In dit verslag beschrijft de arts waarom hij zich kan beroepen op de rechtvaardigingsgrond overmacht. De gemeentelijke lijkschouwer stuurt dit verslag naar het Openbaar Ministerie (hierna: OM). Het OM doet een voorstel aan het College van Procureurs-generaal of de arts vervolgd moet worden.

§3.2.2 Beroep op overmacht

Er zijn geen uitspraken waarbij de arts levensbeëindigend heeft gehandeld zonder verzoek bij een wilsonbekwame patiënt met een psychische stoornis.

Wel zijn er enkele uitspraken waaruit blijkt dat levensbeëindiging zonder verzoek gerechtvaardigd kan zijn als de arts zeer zorgvuldig handelt.²⁴ Bij deze uitspraken gaat het om de arts die levensbeëindiging zonder verzoek heeft toegepast bij ernstig gehandicapte pasgeborenen. Uit deze uitspraken zijn enkele criteria ontstaan waaraan voldaan moet worden, wil de arts levensbeëindigend handelen zonder verzoek, namelijk:

- de patiënt moet uitzichtloos en ondraaglijk lijden;
- er moet vast komen te staan dat verdere behandeling medisch zinloos is;
- over de diagnose en prognose moet overleg hebben plaatsgevonden met een of meer externe deskundigen;
- de vertegenwoordiger(s) van de patiënt stemt/stemmen met levensbeëindiging in;
- de methode van levensbeëindiging wordt zorgvuldig gekozen;
- er moet achteraf verantwoording plaatsvinden met betrekking tot de levensbeëindiging.²⁵

§3.3 Normaal medisch handelen

Euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder verzoek zijn dus handelingen waarbij de arts een niet-natuurlijke doodsoorzaak moet invullen op het overlijdensformulier voorgeschreven door de Wet op de lijkbezorging (hierna: Wlb). Er zijn echter beslissingen rondom het levenseinde waarbij de arts op het

²¹ Artikel 289 Sr.

²² Artikel 40 Sr.

²³ Hermans & Buijsen 2010, p. 438.

²⁴ Hof Amsterdam 7 november 1995, NJ 1996,113. en Hof Leeuwarden 4 april 1996, NJ 1996, 35.

²⁵ Leenen, Gevers & Legemaate 2011, p. 371.

overlijdensformulier een natuurlijke doodsoorzaak mag invullen. Deze handelingen worden namelijk aanvaard als normaal medisch handelen en daardoor wordt de strafbaarheid aan het feit ontnomen.

Voor normaal medisch handelen geldt dat het handelen valt onder de algemeen aanvaarde handelingen ofwel medische exceptie. Ook bepaalde keuzes en beslissingen rondom het levenseinde vallen hieronder. Het behandelverbod valt daar bijvoorbeeld onder.

§3.3.1 Het behandelverbod

Een patiënt van GGZ Oost Brabant kan in een situatie terecht komen waarin hij zelf niet meer kan beslissen of hij een behandeling wil. Bijvoorbeeld als de patiënt wilsonbekwaam is geworden. Om te voorkomen dat een patiënt hierover niet meer kan beslissen is het zaak om een behandelverbod op te stellen. In Bijlage I is een voorbeeld van een standaard behandelverbod uiteengezet.

Een behandelverbod is een schriftelijke wilsverklaring waarin de patiënt beschrijft welke medische handelingen geweigerd moeten worden.²⁶ De patiënt moet daarin duidelijk omschrijven voor welke medische handelingen en in welke omstandigheden zij geldt. Het behandelverbod is rechtsgeldig, maar moet zijn opgemaakt toen de patiënt wilsbekwaam was en inhoudende weigering van toestemming.²⁷ Een zelfgeformuleerde behandelverbod heeft de voorkeur boven een standaard behandelverbod. Dit omdat een zelfgeformuleerde behandelverbod authentiek is en meer zeggingskracht heeft. De arts is verplicht om de behandelweigering en diens afspraken met de patiënt nauwkeurig in het medisch dossier vast te leggen en moet zich houden aan het verbod, tenzij er gegronde redenen zijn om hiervan af te wijken. Ook heeft de arts de plicht om te allen tijde als een goed hulpverlener te handelen.²⁸ Hij mag de patiënt nooit in een hulpeloze toestand achterlaten.²⁹ In de situatie dat de patiënt bijvoorbeeld besluit om niet meer te eten en te drinken, kan de arts bijvoorbeeld palliatieve zorg inzetten. Palliatieve zorg richt zich op het verminderen van het lijden van de patiënt en een waardige afronding van diens leven.³⁰

Afwijken van het behandelverbod

Een arts kan in bepaalde situaties afwijken van het behandelverbod. Dit kan bijvoorbeeld als het behandelverbod is gebaseerd op gegevens die verouderd zijn. Of als daarin een behandeling wordt geweigerd voor een onbehandelbare ziekte waarvoor inmiddels een doeltreffende therapie beschikbaar is gekomen. Het moet hierbij dus gaan om een aanmerkelijk verschil tussen de verklaring en de actuele situatie.

Het kan echter ook dat een patiënt die een behandelverbod heeft opgesteld, besluit tot zelfdoding. De arts mag in dit geval in strijd met het behandelverbod handelen als de patiënt niet aanspreekbaar is en de wens tot zelfdoding een gevolg is van een stoornis in de geestvermogens.³¹

²⁶ Leenen, Gevers en Legemaate 2011, p. 207-208.

²⁷ Artikel 7:450 lid 3 BW.

²⁸ Artikel 7:453 BW.

²⁹ Artikel 255 Sr.

³⁰ KNMG 2011, p. 35.

³¹ Koopmans, Sindram & Dekkers 2004.

Casus

Stel dat een wilsbekwame patiënt met een psychische stoornis binnen GGZ Oost Brabant in 2008 een behandelverbod heeft opgesteld, waarin hij duidelijk heeft omschreven dat hem geen kunstmatig vocht en voeding toegediend mogen worden. De patiënt heeft het behandelverbod met zijn arts meerdere malen besproken en geactualiseerd. In 2011 besluit de patiënt bewust en weloverwogen om niet meer te willen eten en drinken. Dit met als doel te overlijden. De arts staat machteloos en wil de patiënt kunstmatig vocht en voeding toedienen. Wat nu?

Met het behandelverbod van de patiënt mag de arts deze handeling niet uitvoeren, ook niet als het nalaten hiervan de dood van de patiënt tot gevolg heeft. Dit mag alleen als het besluit tot zelfdoding een gevolg is van een stoornis in de geestvermogens of als de patiënt niet aanspreekbaar is. De arts dient te onderzoeken of het besluit van de patiënt een gevolg is van een stoornis in de geestvermogens en of de patiënt aanspreekbaar is.

In strijd met het behandelverbod

Als de wens van de patiënt een gevolg is van een stoornis in de geestvermogens dan mag de arts in strijd met het behandelverbod handelen. Ook als de patiënt niet aanspreekbaar is, mag de arts in strijd met het behandelverbod handelen.

Niet in strijd met het behandelverbod

Indien het besluit om te versterven geen gevolg is van een stoornis in de geestvermogens en de patiënt aanspreekbaar is dan mag de arts niet in strijd met het behandelverbod handelen. Ook al heeft dit de dood tot gevolg. Wel heeft de arts de plicht om als een goed hulpverlener te handelen. Hij mag de patiënt niet in de steek laten. De arts kan in deze situatie palliatieve zorg inzetten, bijvoorbeeld in de vorm van mondverzorging en het bestrijden van pijn en verwardheid.

§3.4 Conclusie

Onder levensbeëindiging op verzoek vallen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Bij euthanasie handelt de arts levensbeëindigend en bij hulp bij zelfdoding handelt de patiënt zelf levensbeëindigend. Hierbij moet dus een eigen handeling van de patiënt volgen. Als de arts euthanasie toepast of hulp bij zelfdoding verleent, is er sprake van een niet-natuurlijke dood.

Indien de arts levensbeëindigend handelt bij een wilsonbekwame patiënt die geen verklaring heeft opgesteld dan is er sprake van levensbeëindiging zonder verzoek. Dit wordt gekwalificeerd als moord. De arts dient bij deze niet-natuurlijke doodsoorzaak de meldingsprocedure te volgen en in een gerechtelijke procedure dient hij zich te beroepen op de rechtvaardigingsgrond overmacht.

Indien er sprake is van normaal medisch handelen dan mag de arts een natuurlijke doodsoorzaak op het overlijdensformulier invullen. Het is bijvoorbeeld een natuurlijke doodsoorzaak als de arts zich houdt aan het behandelverbod.

4. Algemeen juridisch kader

In dit hoofdstuk wordt het algemeen juridisch kader uiteengezet van (een verzoek om) euthanasie en hulp bij zelfdoding. Daardoor wordt duidelijk wat juridisch van de arts wordt verwacht indien hij van een patiënt een verzoek krijgt om euthanasie of hulp bij zelfdoding en in het geval hij dit verzoek ten uitvoer wil leggen. In paragraaf 4.1 wordt toegelicht dat een patiënt geen recht heeft op euthanasie of hulp bij zelfdoding. Vervolgens wordt in paragraaf 4.2 beschreven wat er van de arts wordt verwacht indien hij een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding ontvangt. Daarna wordt in paragraaf 4.3 toegelicht wat de zorgvuldigheidseisen juridisch inhouden. In paragraaf 4.4 wordt vervolgens beschreven wat de arts na het toepassen van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding moet doen. Als laatste wordt in paragraaf 4.5 de conclusie van dit hoofdstuk uiteengezet.

§4.1 Geen recht op euthanasie of hulp bij zelfdoding

In artikel 2 Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (hierna: EVRM) is het recht op leven vastgelegd. Het recht op leven is niet als negatief aspect bedoeld.³² Dit artikel heeft geen betrekking op de kwaliteit van leven en er kan geen recht op sterven uit worden afgeleid. Er kan dus geconcludeerd worden dat een patiënt geen recht heeft op euthanasie of hulp bij zelfdoding en dat een arts niet kan worden verplicht om hiertoe te handelen. Een arts kan namelijk niet gedwongen worden tot handelingen die niet binnen het normaal medisch handelen vallen.

§4.2 De arts

Met arts wordt bedoeld 'de arts die volgens de melding levensbeëindiging op verzoek heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend'.³³ De arts die niet bereid is tot het toepassen van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding moet de patiënt een alternatief bieden.³⁴ Zo kan hij de patiënt bijvoorbeeld doorverwijzen naar een andere arts. Hiertoe is de arts echter niet verplicht, want hij heeft geen verwijsplicht.³⁵ Wel zal hij bereid moeten zijn enige hulp te verlenen bij het vinden van een andere arts, zoals het helpen van contact leggen met een andere arts.³⁶ De arts die niet bereid is tot het toepassen van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding dient dus op passende wijze te handelen ten opzichte van de patiënt.

§4.3 De zorgvuldigheidseisen

In artikel 293 lid 2 Sr is uiteengezet dat euthanasie niet strafbaar is in het geval dat de uitvoering geschiedt door een arts, de arts die de in artikel 2 lid 1 Wtl geformuleerde zorgvuldigheidseisen in acht neemt, en als hij na afloop hiervan melding doet bij de gemeentelijke lijkschouwer. Dit geldt ook voor de arts die hulp bij zelfdoding verleent.³⁷ Indien de arts euthanasie toepast in strijd met de zorgvuldigheidseisen kan hij een gevangenisstraf van maximaal twaalf jaar krijgen.³⁸ Bij hulp bij zelfdoding kan de arts

³² EHRM 29 april 2002 application nr. 2346, 02.

³³ Artikel 1 sub c Wtl.

³⁴ RTC 12 mei 2010, LJN YG0289.

³⁵ KNMG 2011, p. 40-41.

³⁶ Kamerstukken II 2000/01, 26 691 nr. 9, p. 22.

³⁷ Artikel 294 lid 2 Sr.

³⁸ Artikel 293 lid 2 Sr.

maximaal drie jaar gevangenisstraf krijgen.³⁹ Het is dus zaak om uiteen te zetten wat de zorgvuldigheidseisen juridisch inhouden.

³⁹ Artikel 294 lid 2 Sr.

§4.3.1 Vrijwillig en weloverwogen verzoek

De eerste zorgvuldigheidseis houdt in dat het verzoek van de patiënt vrijwillig en weloverwogen moet zijn.⁴⁰ De arts hoort zich er persoonlijk van te vergewissen of het verzoek vrijwillig en weloverwogen is. Zo zal het verzoek in meerdere gesprekken tussen de arts en de patiënt aan de orde moeten zijn geweest.⁴¹

Vrijwillig

Met het begrip vrijwillig wordt bedoeld dat het verzoek door de patiënt zelf moet zijn gedaan, zonder druk of invloed van anderen en op een moment dat hij in staat was zijn wil te bepalen.⁴² De patiënt moet hierbij in het bezit zijn van het geestelijk vermogen om zijn wil vrij te bepalen en hij moet zijn wil hebben geuit zonder druk of onaanvaardbare invloed van anderen.⁴³

Weloverwogen

Met weloverwogen wordt bedoeld op 3 aspecten namelijk:

- de patiënt moet geïnformeerd zijn over alle aspecten van zijn gezondheidstoestand;
- de patiënt moet wilsbekwaam zijn;
- het verzoek van de patiënt mag niet berusten op een opwelling, het verzoek dient namelijk consistent te zijn.

Daarnaast moet het verzoek van de patiënt duidelijk zijn. Met duidelijk wordt 'expliciet handelen over een verzoek tot levensbeëindiging' bedoeld. Vage en algemene uitspraken van de patiënt, zoals 'ik wil dood als ik in een rolstoel zit en niets meer kan', gelden niet als een weloverwogen verzoek.⁴⁴

§4.3.2 Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De tweede zorgvuldigheidseis houdt in dat de arts tot de overtuiging moet zijn gekomen dat de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk lijdt.⁴⁵

Ondraaglijkheid

Bij de ondraaglijkheid van het lijden is het belangrijk wat de subjectieve ervaring van de patiënt is. De patiënt moet het lijden zelf ervaren.⁴⁶ Het lijden moet echter ook door de arts invoelbaar zijn. De arts dient hierbij de biografie van de patiënt te betrekken.⁴⁷ Of een patiënt lijdt, wordt mede bepaald door diens persoonlijke omstandigheden en ervaringen.

⁴⁰ Artikel 2 lid 1 sub a Wtl.

⁴¹ Kamerstukken II 1999/2000, 26 691, nr. 6, p. 56.

⁴² Kamerstukken II 1998/99, 26 691, nr. 3, p. 9.

⁴³ Jaarverslag Rte 2011, p. 10.

⁴⁴ MTC Den Haag 28 oktober 1987, TvGR 1988,15.

⁴⁵ Artikel 2 lid 1 sub b Wtl.

⁴⁶ Hof Amsterdam 3 juni 2003, LJN AF9392.

⁴⁷ Hof Den Haag 11 september 1986, TvGR 1987, 01.

Uitzichtloos

De uitzichtloosheid van het lijden moet worden geobjectiveerd.⁴⁸ Er moet volgens geobjectiveerde medische maatstaven worden nagegaan of de situatie van de patiënt te verbeteren is. Als dit niet het geval is dan ontbreekt een reëel behandelperspectief. Bij een reëel behandelperspectief dient de uitzichtloosheid van het lijden naar algemeen medisch inzicht vast te staan.⁴⁹ Er moet geen uitzicht meer zijn op verbetering. Het gaat om de vraag of er nog andere behandelingen of methoden zijn die het lijden van de patiënt kunnen wegnemen of verlichten. Het hangt dus nauw samen met het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

§4.3.3 Patiënt is voorgelicht over zijn situatie

De derde zorgvuldigheidseis houdt in dat de arts de patiënt moet hebben voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten.⁵⁰ De patiënt moet adequaat en volledig zijn geïnformeerd over zijn situatie en over de diagnose, prognose, aanwezige behandelingsmogelijkheden en alternatieven.⁵¹ Er moet namelijk worden voorkomen dat de patiënt op basis van een onvolledig inzicht in zijn situatie om euthanasie of hulp bij zelfdoding vraagt. Deze informatieplicht wordt door de arts zelf uitgevoerd. Het is dan ook de verantwoordelijkheid van de arts erop toe te zien dat de patiënt volledig is geïnformeerd.

§4.3.4 Geen redelijke andere oplossing

De vierde zorgvuldigheidseis houdt in dat de arts met de patiënt tot de overtuiging moet zijn gekomen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing is.⁵² Een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding is dus alleen aanvaardbaar als er geen reëel behandelingsperspectief is. Een reëel behandeling perspectief is:

- naar huidig medisch inzicht is er bij adequate behandeling zicht op verbetering;
- binnen een overzienbare termijn;
- met een redelijke verhouding tussen de te verwachte resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt.⁵³

Dit houdt in dat als er geconcludeerd wordt dat een reële behandeling mogelijk is, deze eerst dient te worden geprobeerd.⁵⁴

Of er sprake is van een redelijke oplossing is aan de orde in de relatie tussen de arts en de patiënt. Het gaat om de deskundigheid van de arts en om de situatie, ervaringen, draagkracht en vooruitzichten van de patiënt. De arts en patiënt dienen gezamenlijk tot de conclusie te komen dat euthanasie of hulp bij zelfdoding voor deze patiënt de enige oplossing is.⁵⁵

⁴⁸ Ministerie van Veiligheid en Justitie 2012.

⁴⁹ *Kamerstukken II* 1999/2000, 26 691, nr. 6, p. 62.

⁵⁰ Artikel 2 lid 1 sub c Wtl.

⁵¹ Artikel 7:448 lid 1 jo. lid 2 BW.

⁵² Artikel 2 lid 1 sub d Wtl.

⁵³ *Kamerstukken I* 2000/01, 26 691, nr. 137e, p. 8.

⁵⁴ MTC Amsterdam 30 maart 1995, *TvGR* 1995, 35.

⁵⁵ *Kamerstukken II* 1999/00, 26 691, nr. 6, p. 63.

§4.3.5 Een onafhankelijke arts geraadpleegd

De vijfde zorgvuldigheidseis houdt in dat de patiënt moet zijn gezien door ten minste één andere, onafhankelijke arts (hierna: consulent), die schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de eerder genoemde zorgvuldigheidseisen voor de arts ingaat op het verzoek van de patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding.⁵⁶ Dit om een beeld te krijgen over de aandoening, het ziektebeloop en de situatie waarin de patiënt zich bevindt. De arts moet er eerst zelf van overtuigd zijn dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, voordat hij een consulent raadpleegt. Ook dient hij de consulent zelf te raadplegen.

De arts neemt kennis van de bevindingen van de consulent en weegt deze mee in zijn beoordeling. De arts moet nagaan of het verslag van de consulent van voldoende kwaliteit is en of het verslag volledig is. Mocht dit niet het geval zijn, dan moet de arts de consulent hierover nader bevragen. De arts mag afwijken van een negatief advies van de consulent, maar hierbij geldt een zware motiveringsplicht en in dit geval zal de toetsingscommissie kritischer zijn dan normaal.

Consulent

Het is natuurlijk zaak dat de onafhankelijkheid en deskundigheid van de consulent zo veel mogelijk gewaarborgd zijn. Er mag bijvoorbeeld geen familie- en of samenwerkingsrelatie zijn tussen de arts en de consulent. Ook mag de consulent geen familie zijn of een vriendschapsrelatie hebben met de patiënt.⁵⁷ Daarnaast mag hij niet de medebehandelaar zijn geweest van de patiënt of de patiënt hebben gezien bij een eerdere waarneming.⁵⁸

Om de onafhankelijkheid en deskundigheid van de consulent te waarborgen, wordt vaak een SCEN-arts ingeschakeld als consulent. Dit zijn artsen die zijn opgeleid met het programma 'Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland' om een deskundig en afhankelijk advies te geven aan een collega-arts die een verzoek krijgt van een patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Ook als een arts twijfelt of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, kan hij een SCEN-arts om informatie of advies vragen.

§4.3.6 De levensbeëindiging medisch zorgvuldig uitvoeren

De laatste zorgvuldigheidseis houdt in dat de arts medisch zorgvuldig dient te handelen indien hij euthanasie toepast of hulp bij zelfdoding verleent.⁵⁹ Hij moet hierbij de juiste medicatie kiezen en de juiste wijze van toediening. Het is bijvoorbeeld medisch onzorgvuldig als de gebruiksdatum van de medicatie over de datum is.⁶⁰

Euthanasie

Bij euthanasie moet de arts de levensbeëindiging zelf uitvoeren. Het is dus niet geoorloofd als de arts het toelaat dat bijvoorbeeld een familielid van de patiënt de medicatie toedient.⁶¹ Daarnaast moet de arts de medicatie in een keer toedienen aan de patiënt.

⁵⁶ Artikel 2 lid 1 sub e WtI.

⁵⁷ Jaarverslag Rte 2006, p. 24-25.

⁵⁸ Jaarverslag Rte 2008, p. 21-28.

⁵⁹ Artikel 2 lid 1 sub f WtI.

⁶⁰ Hof Amsterdam 3 juni 2003, LJN AF9392.

⁶¹ Jaarverslag Rte 2009, p. 44-45.

Hulp bij zelfdoding

De arts mag het euthanaticum voorafgaand aan de uitvoering van hulp bij zelfdoding niet bij de patiënt achterlaten.⁶² Door deze maatregel kan de patiënt het euthanaticum niet innemen buiten de aanwezigheid van de arts. Daarnaast kunnen er bij hulp bij zelfdoding wat problemen optreden met de medicatie. Zo kan de patiënt de medicijnen uitbraken. In dit geval zal de arts de dodelijke medicatie zelf moeten toedienen.⁶³ De arts moet bij de zelfdoding aanwezig zijn, zodat de arts snel kan handelen als er problemen optreden. Dat is namelijk zijn zorgplicht.

§4.4 Het melden van de niet-natuurlijke dood

Na de toepassing van euthanasie of de verlening van hulp bij zelfdoding dient de arts de niet-natuurlijke dood te melden aan de gemeentelijke lijkschouwer.⁶⁴ De gemeentelijke lijkschouwer moet nagaan op welke manier en met welke middelen de levensbeëindiging heeft plaatsgevonden. De lijkschouwer stelt het OM op de hoogte van een niet-natuurlijke dood en daarbij geeft de lijkschouwer zijn bevindingen. De arts maakt een verslag van het verloop van de toegepaste euthanasie of de verleende hulp bij zelfdoding. In dit verslag staat vermeld wat de ziekte was van de patiënt, de prognose van deze ziekte, de wijze waarop de patiënt het verzoek heeft geuit, de wijze waarop de euthanasie of hulp bij zelfdoding is uitgevoerd en de naam en het oordeel van de consulent.⁶⁵

De toetsingscommissie

De melding van de arts aan de gemeentelijke lijkschouwer maakt het toetsen van euthanasie of hulp bij zelfdoding mogelijk.

Er zijn vijf toetsingscommissies ingesteld. De plaats van overlijden bepaalt welke toetsingscommissie bevoegd is. Een toetsingscommissie bestaat uit een oneven aantal leden, waaronder in ieder geval een rechtsgeleerd lid tevens voorzitter, ethicus, arts en de plaatsvervangende leden.⁶⁶ Er wordt door de toetsingscommissie marginaal getoetst.⁶⁷ Dat houdt in dat de toetsingscommissie niet de inhoud van het besluit beoordeelt. De toetsingscommissie beoordeelt namelijk op basis van het verslag of de arts heeft gehandeld in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen.⁶⁸

Handelen in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen

Indien nodig kan de toetsingscommissie de arts verzoeken om het verslag schriftelijk of mondeling aan te vullen als dit voor een goede beoordeling van het handelen van de arts noodzakelijk is.⁶⁹ Van bijna alle meldingen heeft de arts echter in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen gehandeld. Hierover wordt de arts binnen zes weken geïnformeerd.⁷⁰ Deze termijn kan eenmaal met ten hoogste zes weken worden verlengd. De arts moet hiervan wel op de hoogte worden gesteld.⁷¹

⁶² Jaarverslag Rte 2009, p. 43-44.

⁶³ Jaarverslag Rte 2010, p. 46.

⁶⁴ Artikel 293 lid 2 Sr jo. artikel 7 lid 2 Wlb.

⁶⁵ Artikel 7 lid 2 Wlb.

⁶⁶ Artikel 3 lid 2 Wtl.

⁶⁷ Jaarverslag Rte 2010, p. 7.

⁶⁸ Artikel 8 lid 1 Wtl.

⁶⁹ Artikel 8 lid 2 Wtl.

⁷⁰ Artikel 9 lid 1 Wtl.

⁷¹ Artikel 9 lid 3 Wtl.

Handelen in strijd met de zorgvuldigheidseisen

Als de toetsingscommissie van oordeel is dat de arts niet volgens de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld dan wordt de zaak aan het OM en het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gezonden.⁷² De zaak wordt daar ook naartoe gezonden als de officier van justitie niet tot de afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of crematie kan overgaan.⁷³ Hoewel de toetsingscommissie geheimhouding heeft, is deze verplicht om aan de officier van justitie alle inlichtingen te verstrekken die hij nodig heeft ten behoeve van de beoordeling van het handelen van de arts of een opsporingsonderzoek.⁷⁴ De toetsingscommissie moet hiervan mededeling doen aan de arts.

§4.5 Conclusie

Een patiënt heeft geen recht op euthanasie of hulp bij zelfdoding en een arts kan niet worden verplicht om hiertoe te handelen. De arts die niet bereid is tot het toepassen van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding moet de patiënt wel een alternatief bieden door bijvoorbeeld de patiënt te helpen met contact leggen met een andere arts. Hij dient op passende wijze te handelen ten opzichte van de patiënt.

Als een arts gehoor wil geven aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding dan dient er aan verschillende voorwaarden voldaan te worden. Zo moet er aan de zorgvuldigheidseisen uit artikel 2 lid 1 Wtl worden voldaan. Deze zorgvuldigheidseisen zijn:

- de patiënt moet vrijwillig en weloverwogen om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoeken;
- de patiënt moet uitzichtloos en ondraaglijk lijden;
- de arts heeft de patiënt voorgelicht over diens situatie en vooruitzichten;
- er is geen redelijke andere oplossing voor de patiënt;
- een consulent moet zijn oordeel hebben gegeven over de bovengenoemde eisen;
- de arts moet de euthanasie of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitvoeren.

Daarnaast moet de arts, indien hij euthanasie heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend, dit melden bij de gemeentelijke lijkschouwer. De arts moet hierbij een verslag maken van het verloop van de toegepaste euthanasie of de verleende hulp bij zelfdoding. De toetsingscommissie beoordeelt uiteindelijk op basis van het verslag of de arts heeft gehandeld in overeenstemming met de zorgvuldigheidseisen.

⁷² Artikel 9 lid 2 Wtl.

⁷³ Artikel 9 lid 2 sub b Wtl jo. Artikel 12 Wlb.

⁷⁴ Artikel 14 jo. 10 Wtl.

5. Patiënten met een psychische stoornis

In hoofdstuk 4 is uiteengezet welke zorgvuldigheidscriteria de arts in acht moet nemen indien een patiënt verzoekt om euthanasie of hulp bij zelfdoding. De arts dient echter extra behoedzaam op te treden indien een patiënt met een psychische stoornis om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt. Voornamelijk bij de zorgvuldigheidseisen inzake het 'vrijwillig en weloverwogen verzoek' en 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden'. Daarom wordt in paragraaf 5.1 beschreven wanneer bij deze patiënten sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Vervolgens wordt in paragraaf 5.2 besproken wanneer sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij deze patiënten. Ten slotte wordt in paragraaf 5.3 de conclusie van dit hoofdstuk uiteengezet.

5.1 Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Het verzoek van een wilsbekwame patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding vindt meestal plaats in een gesprek tussen de arts en de patiënt.⁷⁵ Als een wilsbekwame patiënt verzoekt om euthanasie of hulp bij zelfdoding is een mondeling verzoek dus voldoende.

5.1.1 Zaken beoordeeld door de toetsingscommissie

Er is een aantal zaken bij de toetsingscommissie ter beoordeling geweest, waarbij de arts euthanasie had toegepast of hulp bij zelfdoding had verleend aan een wilsbekwame patiënt met een psychische stoornis. De arts had hierbij dus ingestemd met het verzoek van de patiënt. Hieronder worden enkele zaken uiteengezet waarbij de toetsingscommissie heeft geoordeeld dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van een wilsbekwame patiënt met een psychische stoornis.

Patiënten lijdend aan dementie

Er zijn meerdere zaken van patiënten die leden aan dementie bij de toetsingscommissie ter beoordeling geweest, waarbij het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding volgens de toetsingscommissie vrijwillig en weloverwogen was.⁷⁶ Deze patiënten zaten allemaal in de beginfase van een proces van dementering. Al deze patiënten werden wilsbekwaam bevonden, omdat zij de gevolgen van hun verzoek goed konden overzien. Ze hadden namelijk nog inzicht in hun ziekte en in de symptomen van verlies van oriëntatie en persoonlijkheid. Ook hadden al deze patiënten het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding meerdere malen herhaald aan hun arts. Hieronder wordt een van deze zaken uiteengezet.

Patiënte lijdend aan dementie

Patiënte werd ongeveer een jaar voor haar overlijden dement.⁷⁷ Vier maanden voor haar overlijden kreeg zij een heupoperatie waarna zij een delier, plotselinge ernstige verwardheid, doormaakte. Sindsdien was er sprake van een snelle progressie van het ziekteproces. Een maand voor haar overlijden, had patiënte voor het eerst met de arts over hulp bij zelfdoding gesproken en hem direct en concreet om de uitvoering daarvan gevraagd. Zij had haar verzoek daarna diverse keren herhaald. Er was geen druk van buitenaf en patiënte was zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie. Daarnaast was er een verklaring aanwezig. Volgens de

⁷⁵ In paragraaf 3.1 van het onderzoeksrapport is uiteengezet wanneer een patiënt wilsbekwaam is. De lijst met de daar genoemde 6 beoordelingspunten helpt de arts te beoordelen of de patiënt wils(on)bekwaam is.

⁷⁶ Jaarverslag Rte 2008, p. 9-11. (casus 1 en 2), Jaarverslag Rte 2009, p. 16-19. (casus 4, 5 en 6), Jaarverslag Rte 2010, p. 21-26. (casus 5, 6 en 7), Jaarverslag Rte 2011, p. 19-21. (casus 5 en 6)

⁷⁷ Jaarverslag Rte 2011, p. 19. (casus 5)

arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en was ook aan de overige zorgvuldigheidseisen voldaan. Hij nam daarom contact op met een consulent. Toen deze consulent hoorde dat het ging om een verzoek om hulp bij zelfdoding van een patiënt lijdend aan dementie, adviseerde hij de arts om ook een psychiater te raadplegen. Dit in verband met de mogelijke achteruitgang van de wilsbekwaamheid van patiënte. De arts raadpleegde daardoor twee consulenten, onder wie een psychiater. De consulenten concludeerden dat patiënte goed begreep wat dementie was en wat de consequenties waren van haar ziekte. Zij kon hierover rationeel spreken. De consulenten waren van mening dat patiënte wilsbekwaam was inzake haar verzoek om hulp bij zelfdoding. De toetsingscommissie achtte het verzoek van patiënte vrijwillig en weloverwogen.

Patiënte lijdend aan een depressieve stoornis

Er zijn twee zaken geweest waarbij de verzoeken van patiënten met een depressieve stoornis door de toetsingscommissie als zorgvuldig werden beoordeeld.⁷⁸ Hieronder wordt één zaak uiteengezet.

Patiënte had sinds vele jaren last van ernstige depressies die telkens terug kwamen.⁷⁹ Zij verzocht de arts vanaf eind 2007 herhaaldelijk en concreet om hulp bij zelfdoding. De arts toetste op verschillende momenten of patiënte zich realiseerde wat hulp bij zelfdoding inhield en wat de consequenties voor haar en anderen waren. Hierbij werd extra goed gelet op eventuele aarzelingen wanneer bepaalde aspecten aan de orde kwamen. Patiënte gaf bij expliciet navragen telkens aan dat ze besprokene goed begreep. In het begin van 2008 kreeg patiënte een neuropsychologisch onderzoek. Hieruit bleek dat er geen aanwijzingen waren dat zij wilsonbekwaam zou zijn om de strekking van haar verzoek te overzien. De arts raadpleegde als deskundige een psychiater ter verkrijging van een second opinion. Zij waren beiden van mening dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en dat ook aan de overige zorgvuldigheidseisen voldaan. De arts raadpleegde daarom twee consulenten, onder wie een psychiater. Deze consulenten waren van oordeel dat de doodswens van patiënte geleidelijk persisterend, consistent en weloverwogen was. Ook kon zij de reikwijdte van haar wensen en beslissingen voldoende overzien en kon ze ondanks haar depressie een redelijk oordeel geven over haar situatie. Volgens de consulenten was patiënte wilsbekwaam en was haar verzoek vrijwillig en weloverwogen. Ook de toetsingscommissie achtte het verzoek van patiënte vrijwillig en weloverwogen.

Patiënte lijdend aan een posttraumatische stressstoornis

Patiënte, een vrouw tussen de zestig en zeventig jaar, had een zeer ernstige chronisch verlopen posttraumatische stressstoornis. Deze stoornis was ontstaan door traumatisering in de persoonlijke sfeer in haar jeugdjaren.⁸⁰ Naast de specifieke posttraumatische symptomen had zij al in de adolescentiefase last van depressieve symptomen, zenuwachtige onrust en zelfdodingsgedachten. Na het overlijden van haar echtgenoot verergerde het depressieve klachtenpatroon. Hoewel de ernst van de depressie schommelde, had zij een steeds aanwezige weloverwogen en consistente doodswens.

⁷⁸ Jaarverslag Rte 2008, p. 11-13. (casus 3) en Jaarverslag Rte 2010, p.18-21. (casus 5)

⁷⁹ Jaarverslag Rte 2008, p. 11-13. (casus 3)

⁸⁰ Jaarverslag Rte 2008, p. 13-15. (casus 4)

Vijf jaar voor haar dood sprak patiënte voor het eerst met haar behandelaars over de mogelijkheid van levensbeëindiging. Haar doodswens werd geleidelijk persisterend en consistent. Sinds begin 2007 had patiënte vele malen haar doodswens tegenover de arts geuit. De arts was van mening dat patiënte volledig wilsbekwaam was en dat haar cognitieve functies ongestoord waren. Er was geen druk van buitenaf en patiënte was zich bewust van de strekking van het verzoek en van haar lichamelijke situatie. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en was ook aan de overige zorgvuldigheidseisen voldaan. De arts raadpleegde twee psychiaters als consulenten. De consulenten oordeelden dat patiënte ziektebesef had en dat haar bewustzijn, oriëntatie en waarneming ongestoord waren. Het denken van patiënte verliepen wat vertraagd, formeel ongestoord en inhoudelijk waren er geen wanen. Haar doodswens was persisterend en duidelijk. Het verzoek was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen. Ook de toetsingscommissie achtte het verzoek van patiënte vrijwillig en weloverwogen.

Patiënte lijdend aan diverse psychiatrische aandoeningen

Patiënte, een vrouw tussen de zestig en zeventig jaar, werd al drieëntwintig jaar poliklinisch behandeld wegens depressieve klachten.⁸¹ Zij deed drie pogingen om zichzelf te doden. Deze pogingen leidden tot een opname in de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Er volgden meerdere opnames en in de loop der jaren bleek patiënte een manisch depressieve stoornis te hebben en een schizo-affectieve psychose te ontwikkelen. Ongeveer zeven jaar later vroeg patiënte haar arts om hulp bij zelfdoding. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en was ook aan de overige zorgvuldigheidseisen voldaan. Hij raadpleegde daarom twee consulenten. De consulenten waren van mening dat patiënte hooguit licht tot matig depressief was. Er was volgens hen geen sprake van psychotische kenmerken, wanen of hallucinaties. De consulenten achtte de patiënte wilsbekwaam en volgens hen was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook de toetsingscommissie concludeerde dat de arts tot het oordeel kon komen dat het verzoek van de patiënte vrijwillig en weloverwogen was.

Patiënte lijdend aan anorexia nervosa, borderline en een depressie

Ongeveer drie jaar voordat patiënte zich had onttrokken aan de psychiatrie, werd zij in overleg met haar psychiater opgenomen in een GGZ-instelling voor langdurige zorg.⁸² Zij werd toen door haar psychiater gedwongen tot een behandeling van haar anemie (bloedarmoede). Direct na thuiskomst verviel patiënte weer in haar oude gedrag en zij weigerde een volgende opname. Patiënte wilde geen enkele behandeling meer ondergaan met betrekking tot haar psychische stoornissen anorexia nervosa, borderline en depressie en de daaruit voortvloeiende lichamelijke klachten. Zij stelde daarom een behandelverbod op. Daarin beschreef patiënte ook dat zij op een comfortabele manier wilde sterven.

Haar arts vroeg een second opinion aan bij een psychiater. De psychiater concludeerde dat patiënte wilsbekwaam moest worden geacht. Daarnaast had de arts deze casus besproken met ethici, juristen en in het Tijdschrift voor Gezondheid en Ethiek. Verder won de arts advies in bij collega huisartsen, onder wie bij een arts die eenzelfde casus had meegemaakt. De eensluidende mening was dat de beslissing van patiënte om verder geen behandelingen en ziekenhuisopnames te willen ondergaan gerespecteerd diende te worden. Daarnaast had de arts meermalen en

⁸¹ Jaarverslag Rte 2011, p. 25. (casus 8)

⁸² Jaarverslag Rte 2011, p. 30-32. (casus 12)

uitvoerig gesproken met patiënte, de behandelaar in de kliniek waar patiënte voor haar eetstoornissen opgenomen was geweest en de psychiater van GGZ langdurige zorg. In haar laatste palliatieve fase gaf patiënte aan de arts meermalen te kennen dat zij een einde aan haar leven wilde. Ook gaf zij daarbij aan dat zij dat niet wilde doen door zelfdoding en verzocht de arts haar te helpen.

Toen de HB-waarde van het bloed van patiënte levensbedreigend laag was en ze een behandeling weigerde, verzocht zij de arts nogmaals om hulp bij zelfdoding. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en was ook aan de overige zorgvuldigheidseisen voldaan. Hij raadpleegde twee consulenten en de psychiater van patiënte. Volgens de consulenten waren haar bewustzijn en denken ongestoord. Ook waren er geen tekenen van een psychose of depressie. Wel waren er depressieve klachten en de anorexia nervosa. De consulenten waren van mening dat patiënte de consequenties van haar verzoek overzag en dat ze wilsbekwaam was. De toetsingscommissie merkte op dat de arts zeer zorgvuldig en behoedzaam te werk was gegaan. Het verzoek van patiënte was vrijwillig en weloverwogen tot stand gekomen.

Patiënte lijdend aan pathologische rouwverwerking

Bij patiënte, een vrouw tussen de zeventig en tachtig jaar, was sprake van pathologische rouwverwerking, ondraaglijke rouw, na het overlijden van haar echtgenoot ruim een jaar geleden.⁸³ Patiënte en haar echtgenoot waren volkomen op elkaar gericht en verkeerden daardoor min of meer in een zelfgekozen sociaal isolement. In een verklaring, zes jaar voor de dood van haar man, had patiënte zelfs beschreven euthanasie te willen als haar echtgenoot zou overlijden. Toen haar echtgenoot, ongeveer vijf jaar later, ernstig ziek werd en om euthanasie verzocht, had patiënte de wens om tegelijk met hem sterven. Een jaar na het overlijden van haar echtgenoot had zij die wens nog steeds. Na het verlies van haar echtgenoot ervoer patiënte haar situatie als de hel en wilde zij niet meer verder leven. Volgens de arts was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en was ook aan de overige zorgvuldigheidseisen voldaan. Hij raadpleegde daarom twee consulenten, onder wie een psychiater. De tweede consulent, de psychiater, constateerde dat er geen sprake was van een depressief toestandsbeeld. Hij constateerde pathologische rouw bij de patiënte. Beiden consulenten waren van mening dat patiënte wilsbekwaam was en dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van patiënte. Ook de toetsingscommissie achtte het verzoek van patiënte vrijwillig en weloverwogen.

§5.1.2 De door de toetsingscommissie beoordeelde zaken

In alle bovengenoemde zaken concludeerde de toetsingscommissie dat de arts tot het oordeel kon komen dat het verzoek van de patiënt vrijwillig en weloverwogen was. Wat hieraan opvalt, is dat de arts in iedere zaak extra aandacht had voor de vraag of er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt. Een psychische stoornis kan er namelijk toe leiden dat de patiënt zijn wil niet vrij kan bepalen. De hoofdvraag in deze zaken was of de patiënt wilsbekwaam moest worden bevonden. Om op deze vraag antwoord te krijgen was het noodzakelijk dat de arts twee consulenten, onder wie een psychiater raadpleegde. Dit omdat het om een verzoek gaat van een patiënt met een psychische stoornis. Volgens alle consulenten waren de patiënten wilsbekwaam. De patiënten begrepen namelijk relevante

⁸³ Jaarverslag Rte 2011, p. 33-34. (casus 13)

informatie, hadden ziekte-inzicht en gebruikten consistente overwegingen. Ook konden deze patiënten de gevolgen van hun verzoek goed konden overzien.

§5.1.3 Vrijwillig en weloverwogen verzoek wilsonbekwame patiënt

Indien een patiënt (deels)wilsonbekwaam is geworden dan kan de verklaring van de patiënt het mondelinge verzoek vervangen. Hieronder wordt dit toegelicht.

5.1.4 Verklaring om euthanasie

Als een patiënt van zestien jaren en ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een verklaring, inhoudende een verzoek om euthanasie, heeft afgelegd, kan de arts aan dit verzoek gevolg geven.⁸⁴

Een verklaring om euthanasie is een document waarin de patiënt zijn wensen rondom het levenseinde vastlegt.⁸⁵ De patiënt geeft in deze verklaring aan in welke situatie er in zijn ogen sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Deze verklaring om euthanasie kan de patiënt opstellen voor een situatie waarin deze patiënt zijn wensen niet meer kenbaar kan maken, bijvoorbeeld in een situatie dat een patiënt lijdend aan dementie (deels) wilsonbekwaam is geworden. De verklaring kan handgeschreven, getypt of gedrukt zijn. De patiënt moet een aantal persoonsgegevens in de verklaring opnemen, zodat het duidelijk wordt van wie de verklaring is. De patiënt dient dus zijn achternaam, voornamen (voluit), geboortedatum, geboorteplaats en aan het einde van de verklaring de datum en handtekening te zetten. Het is belangrijk dat de patiënt de verklaring en wensen na het invullen met zijn arts bespreekt, zodat de arts op de hoogte is van de wensen van de patiënt. Op deze manier weet de patiënt ook of de arts bereid is zijn wensen te respecteren. Als de patiënt er voor kiest om een zelfgeformuleerde verklaring op schrift te zetten dan heeft deze de voorkeur boven een standaardverklaring. Deze zelfgeformuleerde verklaring is namelijk authentiek en heeft meer zeggingskracht. In Bijlage II is een voorbeeld uiteengezet van een standaardverklaring om euthanasie.

Daarnaast moet duidelijk worden onder welke omstandigheden die verklaring actueel zal worden. Het verdient aanbeveling om deze omstandigheden in de verklaring te omschrijven en deze verklaring daarom in zelf gekozen bewoordingen op te stellen en aan te vullen. Op deze manier kan worden vastgesteld dat de verklaring de vaste wil van de patiënt blijvend tot uitdrukking brengt. Daarnaast moet de patiënt zoveel mogelijk de concrete omstandigheden beschrijven waaronder hij wil dat euthanasie wordt toegepast. Hoe duidelijker en concreter de verklaring des te meer aanknopingspunten deze biedt voor de besluitvorming van de arts.

§5.1.5 Zaak beoordeeld door de toetsingscommissie

Er is een zaak bij de toetsingscommissie ter beoordeling geweest, waarbij de arts euthanasie had toegepast op het moment dat de patiënte, die leed aan dementie, (deels) wilsonbekwaam was.⁸⁶ Bij deze zaak gold de verklaring als verzoek van de patiënt. De commissie had geoordeeld dat er bij deze casus sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek.

⁸⁴ Artikel 2 lid 2 Wtl.

⁸⁵ <http://www.nvve.nl/nvve2/faq.asp?pagkey=146589>, Geraadpleegd op 13 april 2013.

⁸⁶ Jaarverslag Rte 2011, p. 21-24. (casus 7)

Patiënte, een vrouw tussen de zestig en zeventig jaar, kreeg ongeveer zeven jaar voor haar overlijden de diagnose Alzheimer. Ruim vijf jaar bleef haar ziektebeeld redelijk stabiel. Patiënte besepte goed dat zij aan dementie leed en gaf aan dat ze niet naar een verpleeghuis wilde. Twee jaar voor haar overlijden kreeg zij een epileptisch insult, waardoor het dementeringsproces versnelde. In de laatste maanden voor haar overlijden verliep de progressie van de ziekte erg snel en werd patiënte toenemend angstig en onrustig. Patiënte bleef zeer consistent in het afwijzen van een opname in het verpleeghuis. In ieder gesprek over het verpleeghuis raakte zij volledig van de kaart en zij bleef daarna uren hangen in verdriet.

Na bekend worden van haar diagnose, ruim zeven jaar voor haar overlijden, had patiënte met haar arts over euthanasie gesproken. Een jaar later had zij in een gesprek met haar gezin, psycholoog en arts zeer uitgebreid gesproken over haar euthanasiewens. In dit gesprek was afgesproken dat patiënte regelmatig haar wensen zou herhalen en toelichten. Naar aanleiding van het epileptisch insult had zij in overleg met alle betrokkenen haar verzoek geactualiseerd. Op dat moment was de wilsbekwaamheid van patiënte ten aanzien van haar euthanasiewens niet beïnvloed. Ze verwoordde helder wat zij wilde en waarom zij het verzoek deed. Nog tot een half jaar voor haar overlijden had zij haar arts nog regelmatig duidelijk gemaakt dat ze euthanasie wenste, zodra ze in een verpleeghuis zou moeten worden opgenomen. Daarna verslechterde de toestand van patiënte en nam haar wilsbekwaamheid af. Patiënte was maar af en toe goed en helder en herinnerde zich alleen nog maar delen van haar euthanasieverzoek. Ook kon ze haar verzoek niet meer beargumenteren. Wel gaf patiënte in ieder gesprek met de arts aan dat zij liever wilde sterven dan te worden opgenomen in een verpleeghuis. Dit herhaalde zij tot de uitvoering van euthanasie.

In de verklaring had patiënte aangegeven onder welke omstandigheden zij wilde sterven. Volgens de arts verkeerde de patiënt in deze omstandigheden. Volgens hem was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en was ook aan de overige zorgvuldigheidseisen voldaan. Hij raadpleegde daarom twee consulenten.

Oordeel eerste consulent

Patiënte kon maar met moeite op de namen van haar kinderen komen. Ook wist zij niet meer waar haar kinderen woonden. Als de consulent over haar ziekte begon werd patiënte erg verdrietig. Patiënte gaf aan dat ze niet in een verpleeghuis wilde worden opgenomen. De antwoorden van patiënte werden later in het gesprek minder consistent. Uit de context, de verklaring en de gespreksverslagen werd echter duidelijk dat op het moment van het tekenen van de verklaring er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Aangezien patiënte niet in staat was dit verzoek te herhalen, was de consulent van mening dat er niet aan de zorgvuldigheidseis inzake het vrijwillig en weloverwogen verzoek was voldaan.

Oordeel tweede consulent

Ruim twee weken voor patiënte overleed, bezocht de tweede consulent haar. In het begin van het gesprek was patiënte aanvankelijk rustig, later in het gesprek werd zij erg verdrietig en boos. Zij huilde en riep dat ze niet weg wilde en niet helemaal dement wilde worden. Daarnaast gaf patiënte aan absoluut niet naar een verpleeghuis te willen. De tweede consulent concludeerde dat patiënte nog wilsbekwaam was ten aanzien van haar gedachten over het verpleeghuis en dementie. Mede op basis van

de uitgebreide verklaring bestond er bij de tweede consulent geen twijfel wat betreft de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek.

Oordeel toetsingscommissie

De toetsingscommissie vroeg om een nadere mondelinge toelichting van de arts en de tweede consulent. De toetsingscommissie wilde namelijk weten hoe de arts en de tweede consulent tot de overtuiging waren gekomen dat het verzoek van patiënte nog vrijwillig en weloverwogen was, terwijl haar wilsbekwaamheid was aangetast. De arts gaf in dit gesprek aan dat hij patiënte in de laatste drie weken voor haar overlijden nog twee keer sprak over haar dementie en euthanasieverzoek. In gebrekkige woorden maakte patiënte in deze gesprekken duidelijk dat ze wilde sterven. Ook op de dag dat de arts euthanasie bij patiënte ten uitvoer wilde leggen, had zij verklaard niet tussen de demente deuren te willen zitten en dat zij dood wilde.

De toetsingscommissie overwoog met betrekking tot het vrijwillig en weloverwogen verzoek dat op grond van artikel 2 lid 2 Wtl het mondelinge verzoek vervangen kon worden. Gezien dit alles achtte de toetsingscommissie het aannemelijk dat het in de verklaring verwoorde verzoek door de patiënte vrijwillig en weloverwogen was gedaan.

§5.1.6 De door de toetsingscommissie beoordeelde zaak

Aan de hand van deze zaak wordt duidelijk dat de verklaring een grote rol speelt als een patiënt (deels) wilsonbekwaam is geworden. Uit deze casus is gebleken dat het zaak is dat de patiënt de verklaring tijdig opstelt, op gezette tijden actualiseert en ondertekent. Het al dan niet voldoende herhalen van de doodswens was namelijk doorslaggevend bij het beoordelen of het verzoek vrijwillig en weloverwogen was. Daarnaast blijkt uit de casus dat als de arts euthanasie wil toepassen aan een (deels) wilsonbekwame patiënt, die een verklaring heeft opgesteld, het wel duidelijk moet zijn dat de patiënt de euthanasie nog wenst. De patiënt zal dus nog bepaald gedrag moeten vertonen. De interpretatie van het gedrag en de uitingen van de patiënt zijn van groot belang voor de besluitvorming.

§5.2 Ondraaglijk en uitzichtloos lijden

Bij de zorgvuldigheidseis inzake het ondraaglijk en uitzichtloos lijden met betrekking tot patiënten met een psychische stoornis is met name de vraag of het door de patiënt als ondraaglijk ervaren lijden als uitzichtloos kan worden aangemerkt punt van aandacht.⁸⁷

§5.2.1 Zaken beoordeeld door de toetsingscommissie

Hieronder wordt uiteengezet wanneer volgens de toetsingscommissie bij wilsbekwame patiënten met een psychische stoornis aan de zorgvuldigheidseis inzake het ondraaglijk en uitzichtloos lijden is voldaan ter gevolge van een psychische oorzaak.⁸⁸

Patiënten lijdend aan dementie

Bij al deze patiënten bestond de ondraaglijkheid van het lijden veelal uit hun beleving van de bestaande, reeds voltrekkende aftakeling van hun persoonlijkheid, functies en vaardigheden. Dit met het besef dat dit proces alleen maar zal voortschrijden en op den duur zal leiden tot volledige afhankelijkheid en totaal zelfverlies.⁸⁹ Bij al deze

⁸⁷ Jaarverslag Rte 2011, p.30.

⁸⁸ Hierbij worden dezelfde zaken uiteengezet als in paragraaf 5.1.1 van dit hoofdstuk.

⁸⁹ Jaarverslag Rte 2008, p. 9-11. (casus 1 en 2), Jaarverslag Rte 2009, p. 16-19. (casus 4, 5 en 6) Jaarverslag Rte 2010, p. 21-26. (casus 5, 6 en 7) en Jaarverslag Rte, p. 19-21. (casus 5 en 6)

patiënten ontstond een grote lijdensdruk, omdat zij de gevolgen van hun ziekte ervoeren. Ook waren zij zich bewust van de vooruitzichten van hun ziekte. Verder was het feit dat deze patiënten niet meer als persoon, met hun persoonlijke kenmerken en volgens hun waarden konden leven een ondraaglijk vooruitzicht. Daarnaast hadden al deze patiënten een reële inschatting van het te verwachten verloop van het ziekteproces. Bij al deze zaken werd euthanasie toegepast of hulp bij zelfdoding verleend op het moment dat de patiënten wilsbekwaam waren. Hieronder wordt een zaak uiteengezet waarbij volgens de toetsingscommissie sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij een patiënte lijdend aan dementie.

Patiënte lijdend aan dementie

Het lijden van patiënte werd bepaald door het niet meer zelfstandig kunnen functioneren, het niet te behandelen cognitieve verval en het kwijtraken van de controle over haar geest.⁹⁰ Patiënte verloor haar persoonlijkheid en de grip op de realiteit. Deze situatie samen met de reële angst op termijn haar wil niet meer te kunnen bepalen, maakte dat zij haar lijden als ondraaglijk ervoer. De ondraaglijkheid van het lijden was voor de arts invoelbaar. Ook waren er geen behandelingsmogelijkheden meer voor patiënte om haar lijden te verlichten. Volgens de consulenten was het feit dat patiënte niet meer als persoon, met haar persoonlijke kenmerken en volgens haar waarden kon leven voor haar een ondraaglijk vooruitzicht. Zij hechtte namelijk zeer veel waarde aan haar autonomie en vond het verschrikkelijk om te ervaren dat zij nog zo slecht de controle over haar geest had. De toetsingscommissie concludeerde dat patiënte ondraaglijk en uitzichtloos leed aan haar situatie.

Patiënte lijdend aan een depressieve stoornis

Het lijden van patiënte werd bepaald door gevoelens van angst en somberheid.⁹¹ Zij kon nergens meer van genieten en ondernam geen enkele sociale activiteit meer. Er waren geen behandelingsmogelijkheden meer en de arts was overtuigd van de uitzichtloosheid van het lijden van patiënte. Er waren inhoudelijk geen waanbelevingen aanwezig. De depressie duurde al jaren en het gebrek aan levensvreugde was invoelbaar. De lange duur van de ziekte en de ernst van het lijden vormden een ondraaglijke last. De consulenten oordeelden dat patiënte ondraaglijk en uitzichtloos leed. Ook de toetsingscommissie concludeerde dat de patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed aan haar situatie.

Patiënte lijdend aan een posttraumatische stressstoornis

Het lijden van patiënte werd bepaald door chronische depressiviteit, lusteloosheid en voortdurende angst om weer overspoeld te worden door traumatische herinneringen met als gevolg een voor de patiënte onleefbare situatie. Patiënte had aangegeven ondraaglijk te lijden onder een constante stroom van angstige en onaangename gedachten, het zich ongelukkig voelen in dit leven, de emotionele pijn en het ontbreken van positieve ervaringen. Ze omschreef haar leven als een kwelling. Elke menselijke waardigheid ontbrak door het isolement waarin patiënte verkeerde uit angst voor nieuwe afwijzing en traumatisering. Zij ervoer continu een gevoel van beklemming. Haar leven was eigenlijk al voorbij. De ondraaglijkheid van het lijden werd bepaald door de continue aanwezigheid van ernstig psychisch lijden, het niet kunnen ervaren van kwaliteit van leven en het ontbreken van behandel- en

⁹⁰ Jaarverslag Rte 2011, p. 19. (casus 5)

⁹¹ Jaarverslag Rte 2008, p. 11-13. (casus 3)

toekomstperspectief. Ook de consulenten waren van mening dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed. De toetsingscommissie concludeerde dat de patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed aan haar situatie.

Patiënte lijdend aan diverse psychiatrische klachten

Het ondraaglijk lijden van patiënte bestond uit het feit dat het leven voor haar geen betekenis meer had.⁹² Zij voelde niets meer, iedere dag was hetzelfde voor haar, ze ervoer geen kleur, geur of smaak meer, haar dierbaren waren overleden, haar relaties mislukten telkens, ze kon niet meer goed lopen, had een manisch-depressieve stoornis, depressieve klachten en ze leed ondraaglijk onder de uitzichtloosheid van haar situatie. Ook waren er geen reële behandelingsmogelijkheden meer. Het lijden van patiënte kon dus als uitzichtloos worden beschouwd. De arts van patiënte was ervan overtuigd dat het lijden van patiënte uitzichtloos en ondraaglijk was. Volgens de consulenten was het lijden van patiënte ondraaglijk en uitzichtloos. De toetsingscommissie concludeerde dat de arts tot het oordeel kon komen dat er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden gezien bovengenoemde omstandigheden.

Patiënte lijdend aan anorexia nervosa, borderline en een depressie

De ondraaglijkheid van het lijden bestond voor patiënte uit de altijd aanwezige onbedwingbare dwanggedachten.⁹³ Deze dwanggedachten waren zeer bestraffend en destructief. Patiënte was het continue gevecht in haar hoofd beu. Naast haar psychische problemen, de patiënte had naast anorexia ook depressieve klachten, had zij als gevolg van jarenlange anorexia en het gebruik van laxeermiddel somatische klachten gekregen, zoals bloedarmoede en het voortdurend op de rand van een shock verkeren. Patiënte was al dertig jaar in behandeling voor haar psychische stoornissen, maar deze waren zonder resultaat geweest. Zij leed aan de uitzichtloosheid van haar situatie. De arts was ervan overtuigd dat dit lijden voor patiënte ondraaglijk en uitzichtloos was. Ook de consulenten waren hiervan overtuigd. De toetsingscommissie concludeerde dat de patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed aan haar situatie.

Patiënte lijdend aan pathologische rouwverwerking

Patiënte leed ondraaglijk en uitzichtloos aan het intense verdriet als gevolg van het overlijden van haar echtgenoot.⁹⁴ Ze ervoer continu het gevoel van verlatenheid en beschreef haar situatie als de hel. Patiënte kreeg twee verschillende antidepressiva voorgeschreven om uit te proberen of depressiviteit een rol speelde bij haar gemoedstoestand. Hiervan kreeg zij bijwerkingen en enig effect ontbrak. Zij stopte dus met de medicatie. Ook sprak patiënte regelmatig met een psycholoog die gespecialiseerd is in rouw- en verliesverwerking. Ook deze behandelmethode gaf geen resultaat. Naar medisch inzicht was het lijden uitzichtloos. Er waren dus geen mogelijkheden meer om het lijden te verlichten. Het lijden was invoelbaar voor de arts.

Ook voor de consulenten was het lijden invoelbaar. De tweede consulent, de onafhankelijke psychiater, schreef dat het nooit met zekerheid te zeggen is of pathologische rouw verdwijnt. Gezien de intensiteit van het verdriet een jaar na het overlijden van de echtgenoot van patiënte, haar beperkte sociale netwerk en de persisterende wens van haar om niet meer te willen leven zonder haar echtgenoot, was herstel echter minder waarschijnlijk. Zowel de arts als de consulenten waren van mening dat patiënte ondraaglijk en uitzichtloos leed aan haar situatie. Volgens de

⁹² Jaarverslag Rte 2011, p.25. (casus 8)

⁹³ Jaarverslag Rte 2011, p.30-32. (casus 12)

⁹⁴ Jaarverslag Rte 2011, p.33-34. (casus 13)

toetsingscommissie was er sprake van ernstig psychisch lijden in reactie op een onherstelbare, voor patiënte rampzalige situatie met begeleidende verschijnselen van depressiviteit in het kader van een gecompliceerd pathologisch rouwproces. Het lijden stond dus in een medisch context. Ook waren er geen behandelingen meer voor patiënte. De toetsingscommissie concludeerde dat patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed aan haar situatie.

§5.2.2 De door de toetsingscommissie beoordeelde zaken

De toetsingscommissie heeft dus in bovengenoemde zaken geoordeeld dat het lijden invoelbaar was voor de arts en dat de patiënten uitzichtloos en ondraaglijk leden. Uit bovengenoemde voorbeelden blijkt dat een patiënt met een psychische stoornis vaak door een combinatie van factoren uitzichtloos en ondraaglijk lijdt. Al deze patiënten leden echter uitzichtloos onder het vooruitzicht van hun 'psychische' situatie. Ook naar medisch inzicht was het lijden van de patiënten uitzichtloos. Er mag hierbij geen reële behandeling mogelijk zijn, anders dient deze eerst te worden geprobeerd.⁹⁵ Bij al deze zaken waren alle mogelijke interventies geprobeerd, maar deze hadden een beperkt resultaat. Er waren dus geen reële behandelingsmogelijkheden meer voor deze patiënten.

§5.2.3 Wilsonbekwame patiënt die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt

Er is een zaak bij de toetsingscommissie ter beoordeling geweest, waarbij de arts euthanasie had toegepast op het moment dat de patiënte, die leed aan dementie, (deels) wilsonbekwaam was. Hieronder wordt uiteengezet wanneer er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij een (deels) wilsonbekwame patiënt volgens de toetsingscommissie.

Met betrekking tot de ondraaglijkheid van het lijden stelde de toetsingscommissie vast dat tijdens de vele gesprekken die patiënte met de arts en haar gezin over haar euthanasiewens had gevoerd uitvoerig aan de orde was gekomen wat dat voor inhield.⁹⁶ Dit had patiënte ook uitgebreid verwoord in haar verklaring. Hierin omschreef ze dat het verlies van menselijke waardigheid door de totale afhankelijkheid van anderen, het niet langer herkennen van haar naasten en het onvermogen te begrijpen wat er in de wereld om haar heen gebeurde, voor haar een ondraaglijk lijden zou vormen. Daarnaast stond hierin dat opname in een verpleeghuis wegens het niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen, voor haar een reden zou zijn voor euthanasie. Vlak voor de arts euthanasie bij haar ten uitvoer bracht, kon patiënte de ondraaglijkheid van haar lijden niet meer adequaat onder woorden brengen. De arts en de tweede consulent waren van mening dat de toestand waarin zij verkeerde, die patiënte als ondraaglijk had omschreven, ook daadwerkelijk zo ervoer. De arts had zich hierin gesterkt gevoeld doordat patiënte vlak voor de uitvoering van de euthanasie, nog enkele malen uitte dat zij dood wilde. Volgens de toetsingscommissie kon de arts tot de overtuiging komen dat patiënte ten tijde van de uitvoering van euthanasie ondraaglijk en uitzichtloos leed.

§5.2.4 De door de toetsingscommissie beoordeelde zaak

Bij het bepalen of een (deels) wilsonbekwame patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, is het van belang dat de patiënt zich in een situatie bevindt die hij in de verklaring als ondraaglijk had beschreven. De arts en de consulent kunnen op grond van hun waarnemingen van het gedrag van de patiënt, de lichaamstaal van de patiënt en de

⁹⁵ MTC Amsterdam 30 maart 1995, TvGR 1995, 35.

⁹⁶ Jaarverslag Rte 2011, p. 21-24. (casus 7)

aanvullende informatie die zij over de patiënt van anderen krijgen tot de conclusie komen of de patiënt ondraaglijk lijdt. Een (deels) wilsonbekwame patiënt kan dus ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

§5.3 Conclusie

Wilsbekwame patiënt met een psychische stoornis

Indien een patiënt met een psychische stoornis verzoekt om euthanasie of hulp bij zelfdoding dient de arts extra behoedzaam op te treden. Een psychische stoornis kan er namelijk toe leiden dat de patiënt zijn wil niet vrij kan bepalen. Om hierover te oordelen is het noodzakelijk dat de arts twee consulenten, onder wie een psychiater raadpleegt. De arts en de consulenten moeten tot het oordeel komen dat de patiënt wilsbekwaam is en dat het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding vrijwillig en weloverwogen is. Hierbij is het belangrijk dat de patiënt relevante informatie begrijpt, ziekte-inzicht heeft en consistente overwegingen gebruikt. De patiënt moet het gevolg van zijn verzoek goed kunnen overzien. Daarnaast moeten de arts en de consulenten oordelen of deze patiënt uitzichtloos en ondraaglijk lijdt. Hierbij is het van belang dat het lijden van de patiënt invoelbaar is. Ook moet het lijden naar medisch inzicht uitzichtloos zijn. Er mag hierbij geen reële behandeling mogelijk zijn, anders dient deze eerst te worden geprobeerd. Een patiënt met een psychische stoornis lijdt vaak ondraaglijk aan de uitzichtloosheid van zijn situatie.

Wilsonbekwame patiënt met een verklaring

Bij deze patiënten kan een verklaring als verzoek gelden. Deze verklaring moet wel zijn opgesteld toen de patiënt wilsbekwaam was. In deze verklaring beschrijft de patiënt onder welke concrete omstandigheden hij wil dat euthanasie wordt toegepast. De verklaring dient tijdig met de arts te worden besproken en op gezette tijden te worden geactualiseerd. Daarnaast is het zaak dat de patiënt de doodswens voldoende herhaald.

De arts en de consulenten kunnen op grond van hun waarnemingen van het gedrag, de lichaamstaal van de patiënt en de aanvullende informatie die zij over de patiënt van anderen krijgen tot de conclusie komen dat de patiënt ondraaglijk lijdt. Het is hierbij van belang dat de patiënt zich in een situatie bevindt die de patiënt in de verklaring als ondraaglijk had beschreven en dat de patiënt nog euthanasie wenst.

6. Praktijkprobleem in Nederland

Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn mogelijk in Nederland indien een patiënt die psychisch lijdt hierom verzoekt. Toch blijken er problemen in de praktijk te zijn indien een patiënt met een psychische stoornis vanwege psychisch lijden om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt. In paragraaf 6.1 wordt uiteengezet of er daadwerkelijk een praktijkprobleem is en zo ja wat de omvang daarvan is. Daarna worden in paragraaf 6.2 enkele oorzaken van het praktijkprobleem beschreven. Als laatste wordt in paragraaf 6.3 het antwoord gegeven op de deelvraag 'wat zijn de problemen in de praktijk indien een patiënt met een psychische stoornis om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt?'

§6.1 Onderzoek

Als eerste is het zaak om te onderzoeken of er daadwerkelijk een praktijkprobleem is indien een patiënt met een psychische stoornis vanwege psychisch lijden om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt en zo ja wat de omvang van het praktijkprobleem is. Dit onderzoek is in Bijlage III uiteengezet.⁹⁷ De conclusie van dit onderzoek wordt hieronder kort beschreven.

Uit onderzoek is gebleken dat het praktijkprobleem in het geval een uitbehandelde patiënt vrijwillig en weloverwogen verzoekt om euthanasie of hulp bij zelfdoding en uitzichtloos en ondraaglijk lijdt vanwege een psychische stoornis erg groot is.⁹⁸ Hun verzoeken werden namelijk naar schatting in gemiddeld 1% van de gevallen in de onderzoeksperiode, 2009 tot en met 2011, gehonoreerd.⁹⁹ Het gevolg hiervan is dat naar schatting gemiddeld 10,7% van deze patiënten in deze periode zijn overgegaan tot zelfdoding. Ongeveer 89,3% van deze patiënten zitten op dit moment nog met hun onbeantwoorde hulpvraag. Gezien het geringe aantal gehonoreerde verzoeken kan er geconcludeerd worden dat artsen erg terughoudend zijn indien een patiënt met een psychische stoornis verzoekt om euthanasie of hulp bij zelfdoding.

§6.2 Oorzaken praktijkprobleem

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom een arts een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van de patiënt met een psychische stoornis niet honoreert. Hieronder worden enkele oorzaken uiteengezet.

§6.2.1 De arts neemt de hulpvraag niet serieus

In de praktijk komt het voor dat een arts het verzoek van een patiënt met een psychische stoornis om euthanasie of hulp bij zelfdoding vanwege psychisch lijden niet serieus neemt. De hulpvraag van deze patiënt wordt in dit geval niet gehoord door de arts, laat staan beantwoord. De patiënt voelt zich in deze situatie door de arts 'in de kou gezet'. Dit kan ernstige gevolgen hebben voor de patiënt. Als deze patiënt namelijk door de arts niet serieus wordt genomen, kan de patiënt er bijvoorbeeld voor kiezen om zelf een einde aan zijn leven te maken.

⁹⁷ In het onderzoek uit Bijlage III is onderscheid gemaakt tussen patiënten met een psychische stoornis en patiënten die lijden aan dementie (zie paragraaf 3.2 Bijlage III). Aangezien er weinig gegevens bekend zijn over verzoeken van patiënten die lijden aan dementie, kunnen daar geen duidelijke conclusies aan verbonden worden. In dit hoofdstuk worden daarom alleen de conclusies van de patiënten met een psychische stoornis uiteengezet. Verder wordt in dit hoofdstuk geen onderscheid gemaakt tussen patiënten met een psychische stoornis en patiënten die lijden aan dementie (patiënten met een psychische stoornis).

⁹⁸ Zie Bijlage III

⁹⁹ Zie Tabel 1 en Tabel 4 Bijlage III

Dit overkwam de dochter van Jeannette Croonen. Jeannette verloor haar dochter Monique namelijk op een inhumane wijze, omdat de psychiater van Monique haar doodswens niet serieus nam en haar weigerde te helpen bij haar doodswens.

In een interview voor de Volkskrant vertelt Jeannette Croonen: "Toen Monique zeventien was, werd ze voor het eerst opgenomen. Na zes weken observatie constateerde de arts een 'persoonlijkheidsstoornis'.¹⁰⁰ In de tien jaren daarna, tot aan haar dood, werd Monique herhaaldelijk opgenomen. Ondanks de medicatie en gesprekken met de psychiaters hielp niets bij Monique. In de laatste instelling waar Monique werd behandeld, stelde de psychiater vast dat Monique leed aan borderline, een pathologische leugenaar was en een dissociatieve stoornis had. Normaal functioneren was voor haar niet mogelijk. Monique vroeg haar psychiater om hulp bij zelfdoding. Haar psychiater hoorde haar niet, ze werd niet serieus genomen'. Uiteindelijk heeft Monique op zevenentwintigjarige leeftijd een einde aan haar leven gemaakt. Monique is door verstikking om het leven gekomen. Ze had namelijk een plastic zak over haar hoofd getrokken. Ze is dus op een inhumane wijze gestorven. Pas na haar dood erkende de psychiater dat haar ziekte niet te genezen was geweest.

Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (hierna: NVVP): "we moeten vaker zeggen: ik neem deze vraag serieus".¹⁰¹ Daar heeft de patiënt recht op'.

Directrice Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (hierna: NVVE): "als beter wordt geluisterd naar de doodswens van een patiënt met een psychische stoornis, geeft dat veel rust. Daardoor zou ook het aantal - vaak gewelddadige - suïcides kunnen verminderen".

Voorzitter KNMG: "een gesprek over euthanasie voeren is gewoon lastig".

§6.2.2 Bezwaren

Daarnaast kan een arts bezwaren hebben tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding. Een arts kan hiertegen bijvoorbeeld gewetensbezwaren- of bezwaren vanwege zijn godsdienst hebben. De arts die niet bereid is om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen moet de patiënt echter een alternatief bieden, zoals beschreven in paragraaf 4.1 van het onderzoeksrapport. Daarin staat ook dat als de arts niet bereid is om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen hij altijd op passende wijze dient te handelen ten opzichte van de patiënt. Dit gebeurt echter niet altijd.

Directrice NVVE: "sommige instellingen hebben zelfs een beleid om er niet over te praten. Ik was onlangs op een bijeenkomst over euthanasie waar psychiaters riepen: het is toch belachelijk dat wij dat voor die patiënten zouden moeten doen; laten ze een fles wijn drinken en de zee in lopen of voor de trein springen".

§6.2.3 Angst voor vervolging

Ook angst voor vervolging na het toepassen van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding aan een patiënt met een psychische stoornis kan een reden zijn voor de arts om het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding af te wijzen. Deze artsen zijn namelijk bang dat de toegepaste euthanasie of de verleende hulp bij zelfdoding achteraf niet toegestaan zou zijn.

¹⁰⁰ Karadarevic 2010

¹⁰¹ In de tekstvakken komen de citaten van de NVVP en de NVVE uit 'Effting 2012'. Van de KNMG uit 'ANP 2011'. De citaten uit paragraaf 6.2.5.1 en paragraaf 6.2.5.2. komen uit de aflevering van Zembla 'Als ik dement ben, wil ik dood'.

Voorzitter KNMG: "als beroepsgroep zijn we tekort geschoten. Hoe dat komt? Artsen zijn bang voor vervolging, alhoewel dat de laatste jaren minder wordt".

§6.2.4 Ondraaglijk lijden minder goed invoelbaar

Een andere oorzaak voor het feit dat artsen terughoudend kunnen zijn bij een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychische stoornis is dat veel artsen het moeilijk vinden om in te stemmen met euthanasie of hulp bij zelfdoding indien een patiënt hierom verzoekt vanwege psychisch lijden.¹⁰² Sommige artsen verklaren hun aarzeling op dit punt door te wijzen op het feit dat zij psychisch lijden minder goed kunnen invoelen dan somatisch lijden.

Daarnaast vinden zij het ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij een patiënt met een psychische stoornis vaak lastiger vast te stellen dan bij een patiënt met bijvoorbeeld kanker.¹⁰³ De artsen vinden het namelijk moeilijker om te bepalen of de patiënt die psychisch lijdt, uitbehandeld is. Dit komt omdat artsen vaak te maken hebben met patiënten in crisis die dood willen, maar uiteindelijk toch behandeld kunnen worden.

Voorzitter NVvP: "Als mensen kanker hebben en van top tot teen onder de uitzaaiingen zitten, dan is duidelijk dat ze niet lang meer te leven hebben, maar van een patiënt met een psychische stoornis is het erg moeilijk om te zeggen dat hij onbehandelbaar is. Er is altijd twijfel of alles wel is geprobeerd. We kennen allemaal voorbeelden van patiënten die na jaren van ondraaglijk lijden toch nog hersteld zijn".

§6.2.5 Beroepsgroep voor artsen en psychiaters

Wat daarnaast een oorzaak voor het praktijkprobleem is, is dat de beroepsgroep voor artsen, de KNMG, en de beroepsgroep voor psychiaters, de NVvP, een eigen strengere uitwerking hebben van de wet in het geval een patiënt met een psychische stoornis verzoekt om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Dit wordt hieronder met enkele voorbeelden toegelicht.

De KNMG

In 2012 publiceerde de KNMG een nadere uitleg van haar euthanasiestandpunt over de communicatie tussen de consulent en de patiënt in de 'nadere uitleg bij het Standpunt federatiebestuur inzake euthanasie en palliatieve sedatie'. Daarin staat dat de consulent verbaal of non-verbaal met de patiënt moet kunnen communiceren, wil de arts overgaan tot euthanasie of hulp bij zelfdoding.¹⁰⁴ Op deze manier kan de verklaring op grond van artikel 2 lid 2 Wtl het mondelinge verzoek dus niet vervangen bij een (deels) wilsonbekwame patiënt.

In de aflevering van het tv programma Zembla 'Als ik dement ben, wil ik dood' benadrukt de directeur beleid van de KNMG dat er communicatie vereist is indien deze patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt. Een verklaring moet volgens hem geweigerd worden indien communicatie niet meer mogelijk is.

Directeur beleid van de KNMG: "De reden is dat de persoonlijkheid van iemand (die dementeeert, red.) verandert en je kunt niet nagaan of die persoon de levensbeëindiging nog wil. Of hij dood gemaakt wil worden in die omstandigheden. Dat blijft een spanning met de wet".

¹⁰² Psy 2011.

¹⁰³ Psy 2012.

¹⁰⁴ KNMG 2012, p.1.

De NVvP

De NVvP heeft de richtlijn 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' opgesteld voor de beroepsgroep van psychiaters voor een zorgvuldige behandeling van vragen om hulp bij zelfdoding. In deze richtlijn wordt dus expliciet ingegaan op hulp bij zelfdoding. Hierin is de eigen uitwerking al strikter dan de wet. De wet maakt geen onderscheid tussen patiënten die lichamelijk lijden of psychisch lijden. Euthanasie kan dus ook toegepast worden aan patiënten met een psychische stoornis.¹⁰⁵

Daarnaast staat in deze richtlijn dat er uitgesloten moet worden dat een psychiater ingaat op een verzoek om hulp bij zelfdoding dat in een opwelling wordt gedaan.¹⁰⁶ Dit kan door nauwkeurig aandacht te besteden aan de ontwikkelingsgeschiedenis van het doodsverlangen van deze patiënt. Op deze manier kan de psychiater zich een beeld verschaffen van de duurzaamheid. Volgens deze richtlijn kan pas worden gesproken 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.

Verder staat in deze richtlijn dat een psychiater dient te overleggen met de naasten van de patiënt voor hij overweegt hulp bij zelfdoding te verlenen.¹⁰⁷ Als de patiënt hiervoor geen toestemming verleent, kan de psychiater besluiten om af te zien van hulp bij zelfdoding. In de wet staat echter niet dat een psychiater dient te overleggen met de naasten van de patiënt. Deze eis staat echter niet in de wet.

Oud-minister van Volksgezondheid (zij wordt gezien als grondlegger van de wet) vindt de handelwijze van de artsen strijdig met de bedoelingen van de wetgever. "Het kan niet zo zijn dat een beroepsgroep een eigen interpretatie van de wet kiest".

§ 6.3 Conclusie

Er is een groot probleem indien een patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt vanwege een psychische stoornis. Dit probleem heeft verschillende oorzaken. Zo nemen sommige artsen verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychische stoornis niet serieus. De hulpvraag van deze patiënt wordt dan niet gehoord. Daarnaast kunnen artsen bezwaren hebben tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding. Ook kunnen ze bang zijn voor vervolging na het toepassen van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Verder blijkt dat artsen psychisch lijden minder goed kunnen invoelen en vaststellen dan somatisch lijden. Daarnaast blijkt dat de KNMG en de NVvP een eigen striktere uitwerking hebben van euthanasie of hulp bij zelfdoding aan een patiënt met een psychische stoornis.

¹⁰⁵ Artikel 2 lid 1 Wtl.

¹⁰⁶ NVvP 2009, p. 33.

¹⁰⁷ NVvP 2009, p. 46.

7. Een doodswens binnen GGZ Oost Brabant

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat er een groot praktijkprobleem is in Nederland indien een patiënt met een psychische stoornis vanwege psychisch lijden om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt. Dit hoofdstuk richt zich specifiek op de doodswens van een patiënt binnen GGZ Oost Brabant. Het is zaak om te onderzoeken wat er binnen deze instelling is geregeld indien een patiënt een doodswens heeft. Daardoor wordt duidelijk of er een probleem is in de instelling. In paragraaf 7.1 wordt uiteengezet wat er binnen de instelling geregeld is voor een patiënt met een doodswens. In paragraaf 7.2 wordt vervolgens uiteengezet wat er binnen de instelling geregeld is voor de patiënt die een poging tot zelfdoding heeft gedaan. Daarna wordt in paragraaf 7.3 beschreven wat er binnen de instelling geregeld is over euthanasie en hulp bij zelfdoding. In paragraaf 7.4 wordt beschreven hoe een psychiater binnen GGZ Oost Brabant denkt over euthanasie of hulp bij zelfdoding. Tot slot wordt in paragraaf 7.5 de conclusie van de deelvraag 'Wat is er geregeld binnen GGZ Oost Brabant indien een patiënt een doodswens heeft en wat is het probleem binnen deze instelling' gegeven.

§7.1 Een patiënt binnen GGZ met een doodswens

Het komt voor dat een patiënt binnen GGZ Oost Brabant een doodswens heeft. Voor deze patiënten heeft de instelling een plan opgesteld om zelfdoding te voorkomen. Binnen de instelling is namelijk het Suïcidepreventieplan opgesteld. Daarin staan de afspraken die gemaakt zijn tussen de patiënt en de medewerker van GGZ Oost Brabant om zelfdoding te voorkomen. Het Suïcidepreventieplan is uiteengezet in Bijlage IV.

§7.2 Poging tot zelfdoding

Ook komt het voor dat een patiënt binnen de instelling een poging doet tot zelfdoding. Als een patiënt binnen GGZ Oost Brabant een poging heeft gedaan tot zelfdoding dan is het 'Protocol poging (tentamen) suïcide' van toepassing. Het doel daarvan is dat de maatregelen die daarin staan dienen te resulteren in een veranderde visie van de patiënt op zijn situatie. In het Protocol poging (tentamen) suïcide staan aandachtspunten voor de medewerkers van de instelling indien zij een patiënt aantreffen in omstandigheden die wijzen op een poging tot zelfdoding. Daarin staat welke handelingen deze medewerker in deze situatie dient te verrichten. Zo dient het hoofd zorg of zijn plaatsvervanger er bijvoorbeeld voor te zorgen dat de Eerste Geneeskundigen, de directeur, de leden van het team en de Raad van Bestuur over de poging tot zelfdoding worden geïnformeerd. Ook staan daarin de gevolgen van een poging tot zelfdoding. Zo dient iedere patiënt die een poging tot zelfdoding heeft gedaan door een psychiater beoordeeld te worden voor hij GGZ Oost Brabant verlaat. Het 'Protocol poging (tentamen)' is uiteengezet in Bijlage V.

§7.3 Verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding

Binnen GGZ Oost Brabant zijn dus documenten opgesteld die gericht zijn op het voorkomen van zelfdoding indien een patiënt een doodswens heeft. Dit zijn allemaal preventieve maatregelen. Binnen de instelling is echter niets geregeld over in welke

situatie een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt gehonoreerd kan worden. Hiervoor is dus geen eigen beleid, richtlijn, brochure of protocol opgesteld. Daarnaast is binnen deze instelling niets vastgelegd over het daadwerkelijk toepassen van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding.

Hoewel er dus niets binnen GGZ Oost Brabant is vastgelegd over euthanasie of hulp bij zelfdoding is het een belangrijk onderwerp binnen deze instelling. Zo wil de instelling betere zorg verlenen aan hun patiënten. Dit wil de instelling verwezenlijken door een beleid op te stellen met daarin beschreven in welke situatie en onder welke voorwaarden een psychiater binnen deze instelling tot euthanasie en hulp bij zelfdoding kan overgaan.

Aangezien er niets binnen de instelling is vastgelegd over euthanasie en hulp bij zelfdoding is het zaak om te onderzoeken hoe de psychiaters binnen GGZ Oost Brabant denken over (het verlenen van) euthanasie en hulp bij zelfdoding. Daarom heeft de onderzoeker een enquête opgesteld. De uitkomsten van deze enquête worden hieronder samengevat weergegeven. In Bijlage VI is de enquête uiteengezet en in Bijlage VII zijn de uitslagen van deze enquête uiteengezet.

§7.4 Enquête onder psychiaters binnen GGZ Oost Brabant

De enquête is uiteengezet onder achtentwintig psychiaters binnen GGZ Oost Brabant. Achttien psychiaters hebben deze enquête ingevuld.

§7.4.1 Omgaan met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding

Aan deze psychiaters werd allereerst gevraagd of zij weten hoe zij om moeten gaan met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt vanwege een psychische stoornis. Zestien van de achttien (89,9%) psychiaters geven aan te weten hoe zij met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding om moeten gaan. Twee van de achttien psychiaters (11,1%) geven aan dit niet te weten. Deze psychiaters kregen een vervolgvraag, namelijk: *‘Wat zou u doen indien een patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt vanwege een psychische stoornis?’*. Een van de twee psychiaters heeft hierop gereageerd. Zijn antwoord is: *“Ik zou dit verzoek serieus nemen en meerdere malen bespreken. Als ik van mening ben dat deze wens goed doordacht is en legitiem, zou ik een collega laten meekijken of die deze wens ook legitiem vindt”*. Hoewel deze psychiater dus niet weet hoe hij moet omgaan met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding, zou hij wel juist handelen indien een patiënt binnen GGZ Oost Brabant hierom verzoekt.

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat bijna alle psychiaters binnen GGZ Oost Brabant, die de enquête hebben ingevuld, verklaren te weten hoe ze om moeten gaan met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt binnen de instelling. Dit zou dus geen probleem moeten zijn binnen de instelling

§7.4.2 Verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding

Aan de psychiaters werd vervolgens gevraagd of een patiënt hen weleens heeft verzocht om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Vijftien van de achttien psychiaters (83,33%) hebben weleens een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding gehad. Drie psychiaters (16,67%) hebben dus nooit een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding gehad. De psychiaters die deze vraag met ja beantwoordden, kregen een vervolgvraag, namelijk: *‘Hoe ging u om met het verzoek om euthanasie of hulp bij*

zelfdoding?'. Veertien psychiaters hebben deze vraag ingevuld. De reacties hierop zijn verschillend. Zo geeft een psychiater aan dat hij de procedure had gevolgd. Vier psychiaters hebben de casus met de huisarts overlegd en twee psychiaters hebben de casus met een collega overlegd. Al deze psychiaters hadden echter het verzoek van de patiënt serieus genomen.

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat de psychiaters binnen GGZ, die weleens zijn verzocht om euthanasie of hulp bij zelfdoding, de doodswens van de patiënt serieus namen. Wat opvalt aan de reacties van de vervolgvraag is dat veel psychiaters die een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van de patiënt krijgen een andere partij inschakelen voor hulp, zoals een huisarts of een collega.

§7.4.3 Euthanasie toepassen

Daarna werd aan de psychiaters gevraagd of zij bereid zijn om euthanasie toe te passen aan een uitbehandelde patiënt. Veertien van de achttien psychiaters (77,78%) beantwoordden deze vraag met nee. 4 psychiaters (22,22%) geven dus aan dat zij hiertoe bereid zijn. De psychiaters die nee invulden, kregen twee vervolgvragen. Namelijk: *'Wat is daar de reden van?'* en *'Wat zou u dan doen indien een uitbehandelde patiënt om euthanasie verzoekt?'*. Op de eerste vervolgvraag hebben twaalf psychiaters gereageerd. De reacties hierop zijn verschillend. Zo geven vier psychiaters aan dat zij niet zijn opgeleid om levens te beëindigen. Zij zien het toepassen van euthanasie niet als hun taak. Zeven psychiaters geven aan bezwaren hiertegen te hebben. Zo hebben verschillende psychiaters emotionele bezwaren tegen euthanasie. Een psychiater geeft hierbij aan dat het niet helder is in welk kader dit mogelijk zou zijn.

Op de tweede vervolgvraag *'Wat zou u dan doen indien een uitbehandelde patiënt om euthanasie verzoekt?'* hebben twaalf psychiaters gereageerd. Een psychiater geeft aan dat hij in deze situatie de procedure zou volgen. Acht psychiaters geven aan dat zij de patiënt zouden doorverwijzen. Twee psychiaters zouden de casus bespreken met collega's en/of huisarts. Een psychiater gaf aan de doodswens te bespreken met de patiënt.

Conclusie

22,22% van de ondervraagde psychiaters binnen GGZ Oost Brabant zijn bereid om euthanasie toe te passen aan een patiënt. Het merendeel van de psychiaters is hiertoe dus niet bereid. Op de eerste vervolgvraag waren veelvoorkomende antwoorden dat het toepassen van euthanasie hun taak niet is of dat ze bezwaren hebben tegen euthanasie. Op de tweede vervolgvraag is een veelvoorkomende reactie van de psychiaters dat zij de patiënt zouden doorverwijzen. Eerder was geconcludeerd dat de psychiaters binnen GGZ Oost Brabant de doodswens van de patiënt serieus nemen. Hier kan echter geconcludeerd worden dat het merendeel van de psychiaters geen euthanasie wil toepassen aan een uitbehandelde patiënt.

§7.4.4 Hulp bij zelfdoding verlenen

Vervolgens werd aan de psychiaters gevraagd of zij bereid zijn om hulp bij zelfdoding te verlenen aan een uitbehandelde patiënt. Hierop geven dertien (72,22%) van de achttien psychiaters aan dat zij hiertoe niet bereid zijn. Vijf psychiaters (27,78%) geven aan hiertoe wel bereid te zijn. De psychiaters die nee invulden, kregen twee vervolgvragen. Namelijk: *'Wat is daar de reden van?'* en *'Wat zou u dan doen indien*

een uitbehandelde patiënt om euthanasie verzoekt?'. Op de eerste vervolgvraag wat is daar de reden van hebben twaalf psychiaters gereageerd. Vier psychiaters geven hierbij aan niet opgeleid te zijn om levens te beëindigen. Zes psychiaters geven aan bezwaren te hebben. Een psychiater geeft aan niet te weten in welk kader het mogelijk is om hulp bij zelfdoding te verlenen. Als laatste geeft een psychiater aan dat er alternatieven zijn zoals euthanasie.

Op de tweede vervolgvraag 'Wat zou u dan doen indien een uitbehandelde patiënt om hulp bij zelfdoding verzoekt?' hebben twaalf psychiaters gereageerd. Vier psychiaters geven aan de procedure te volgen. Vijf psychiaters zouden de patiënt doorverwijzen naar een collega of andere arts. Drie psychiaters geven aan de doodswens te bespreken met de patiënt en/of een andere arts.

Conclusie

Het merendeel van de psychiaters binnen GGZ Oost Brabant is niet bereid om hulp bij zelfdoding te verlenen. Hiertoe is namelijk maar 27,78% bereid. Op de eerste vervolgvraag gaf het merendeel van de psychiaters binnen GGZ aan dat zij bezwaren hebben tegen hulp bij zelfdoding. Veel psychiaters zien het verlenen van hulp bij zelfdoding niet als hun taak. Op de vraag wat de psychiater dan zou doen indien een patiënt om hulp bij zelfdoding verzoekt, gaf het merendeel van de psychiaters aan dat zij de patiënt zouden doorverwijzen. Uit deze reacties blijkt dat de psychiaters de doodswens van de patiënt serieus neemt, maar dat zij zelf geen hulp bij zelfdoding willen verlenen.

§7.4.5 Duidelijk voor de psychiater

Op de vraag of het duidelijk is voor de psychiaters in welke situatie euthanasie toegepast mag worden of hulp bij zelfdoding verleend mag worden aan een uitbehandelde patiënt geven zestien van de achttien psychiaters (88,89%) aan dat zij dit duidelijk vinden. Twee psychiaters (11,11%) vinden dit echter onduidelijk. Deze psychiaters kregen een vervolgvraag, namelijk: *'Hoe komt het dat dit voor u niet duidelijk is?'* Beiden psychiaters hebben deze vraag beantwoord. Een psychiater geeft hierbij aan dat hij dit onduidelijk vindt, omdat iedere patiënt anders is. De andere psychiater geeft hierbij aan dat hij niet geneigd is om daarover cursussen te volgen, aangezien hij niet van plan is om zelf levensbeëindigend te handelen.

Conclusie

88,89% van de psychiaters binnen de instelling weten in welke situatie zij levensbeëindigend mogen handelen. Enkel twee psychiaters weten niet in welke situatie zij euthanasie mogen toepassen of hulp bij zelfdoding mogen verlenen. Er kan geconcludeerd worden dat de meeste psychiaters op de hoogte zijn van in welke situatie euthanasie toegepast mag worden of hulp bij zelfdoding verleend mag worden aan een uitbehandelde patiënt. Toch zijn maar weinig psychiaters binnen GGZ Oost Brabant hiertoe bereid.

§7.4.6 Juridisch kader

Vervolgens werd aan de psychiaters gevraagd of zij op de hoogte zijn van het juridisch kader van euthanasie en hulp bij zelfdoding bij een patiënt vanwege een psychische stoornis. Veertien van de achttien psychiaters (77,78%) geven aan hiervan op de hoogte te zijn. Vier psychiaters (22,22%) geven aan hiervan niet op de hoogte te zijn. Deze psychiaters kregen een vervolgvraag, namelijk: *'Waardoor komt het dat u niet op de hoogte bent?'*. Al deze psychiaters hebben deze vraag beantwoord. Twee

psychiaters geven aan ongeveer op de hoogte te zijn van het juridisch kader. Een andere psychiater verklaart dit door er op te wijzen dat hij nog niet in aanraking is geweest met een doodswens. Een psychiater verklaart dat hij niet geneigd is om daarover cursussen te gaan volgen, omdat hij geen euthanasie wil toepassen of hulp bij zelfdoding wil verlenen.

Conclusie

Van de vier psychiaters die niet op de hoogte zijn, geven twee psychiaters aan dat zij het juridisch kader ongeveer kennen. Er kan geconcludeerd worden dat de meeste psychiaters binnen GGZ Oost Brabant op de hoogte zijn van het juridisch kader indien een patiënt met een psychische stoornis vanwege psychisch lijden hierom verzoekt.

§7.4.7 Richtlijn NVvP

Ook werd aan de psychiaters gevraagd of zij op de hoogte zijn van de richtlijn 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'. Alle achttien psychiaters (100%) geven aan hiervan op de hoogte te zijn. Zij kregen de volgende vervolgvraag '*Zou u daarvan afwijken in een uitzonderlijke situatie*'. Vijf van de achttien psychiaters (27,78%) beantwoordden deze vraag met ja. Dertien psychiaters (72,22%) beantwoordden deze vraag met nee. Deze psychiaters kregen een vervolgvraag, namelijk: '*Waarom niet?*' Hierop hebben tien psychiaters gereageerd. Vier psychiaters geven hierbij aan daar geen reden toe te hebben. Zo geeft een psychiater aan graag 'binnen de lijnen' te werken. Drie psychiaters geven hierbij aan dat ze het afwijken van de richtlijn als een hoog risico zien. Zo geeft een psychiater aan geen expert te zijn op dit gebied. Een andere psychiater geeft als reactie dat de richtlijn binnen het wettelijk kader is opgesteld. Een psychiater is bang voor vervolging en een andere psychiater heeft geen persoonlijke ervaringen hiermee.

Vijf psychiaters hebben deze vraag echter met ja beantwoord. De psychiaters die ja invulden, kregen ook een vervolgvraag, namelijk: '*In welke situatie?*'. Vier psychiaters hebben deze vraag ingevuld. Een psychiater geeft hierbij aan dat de aanbeveling van een dubbele second opinion weinig meerwaarde geeft boven een enkele second opinion en dat dit de psychiater meer belast. De overige vier psychiaters geven aan dat er altijd uitzonderingssituaties zijn. Deze uitzonderingssituaties beschrijven zij echter niet.

Conclusie

Alle ondervraagde psychiaters binnen GGZ Oost Brabant zijn op de hoogte van de richtlijn van de NVvP. Het merendeel van deze psychiaters wil echter niet van deze richtlijn afwijken. Enkele psychiaters zouden hiervan af willen wijken in een uitzonderingssituatie.

§7.5 Conclusie

Binnen GGZ Oost Brabant is het Suïcidepreventieplan opgesteld voor de patiënt met een doodswens. Daarnaast geldt een Protocol poging (tentamen) suïcide voor de patiënt binnen de instelling die een poging tot zelfdoding heeft gedaan. Dit zijn preventieve maatregelen die zelfdoding dienen te voorkomen. Binnen de instelling is echter niets geregeld over euthanasie of hulp bij zelfdoding. Om te weten hoe de psychiaters binnen GGZ Oost Brabant denken over (het verlenen van) euthanasie en hulp bij zelfdoding, is er een enquête onder de psychiaters binnen GGZ Oost Brabant uiteengezet. Uit deze enquête blijkt dat bijna alle psychiaters weleens een verzoek hebben gekregen om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Deze psychiaters zijn allemaal

serieus met dit verzoek omgegaan. Binnen GGZ Oost Brabant willen echter weinig psychiaters daadwerkelijk euthanasie toepassen of hulp bij zelfdoding verlenen aan een uitbehandelde patiënt, terwijl het merendeel verklaart op de hoogte te zijn van het juridisch kader en alle psychiaters verklaren op de hoogte te zijn van de richtlijn van de NVvP.

8. Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk geeft zowel de conclusies als de aanbevelingen van het onderzoeksrapport weer. In paragraaf 8.1 wordt de conclusie van het onderzoeksrapport beschreven. Door middel van een conclusie zal antwoord worden gegeven op de centrale vraag van het onderzoeksrapport. De centrale vraag van het onderzoeksrapport luidt als volgt: *‘Onder welke voorwaarden kan binnen de GGZ Oost Brabant met het oog op wet- en regelgeving, jurisprudentie en beroepseisen door artsen/psychiaters worden voldaan aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding bij personen met een psychische en/of psychiatrische stoornis die lijden tengevolge van die psychische stoornis?’*. Tot slot worden in paragraaf 8.2 aanbevelingen gegeven aan GGZ Oost Brabant.

§ 8.1 Conclusie

In artikel 293 lid 2 Sr is uiteengezet dat levensbeëindiging op verzoek niet strafbaar is als de uitvoering geschiedt door een arts, de arts die de in artikel 2 lid 1 Wtl geformuleerde zorgvuldigheidseisen in acht neemt, en als hij na afloop hiervan melding doet bij de gemeentelijke lijkschouwer conform artikel 7 lid 2 Wlb. De wet maakt hierbij geen onderscheid tussen euthanasie of hulp bij zelfdoding bij patiënten die psychisch lijden of somatisch lijden. Indien een patiënt met een psychische stoornis om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt, dient de arts met betrekking tot sommige zorgvuldigheidseisen echter extra behoedzaam op te treden volgens de toetsingscommissie.

De vereisten waaraan een verzoek tot levensbeëindiging bij een wils(on)bekwame patiënt aan moet voldoen, zijn uitgebreid besproken in hoofdstuk vier en vijf van het onderzoeksrapport. Hierna wordt enkel ingegaan op de belangrijkste uitkomsten van dit hoofdstuk.

§8.1.1 Verzoek van een wils(on)bekwame patiënt

Het verzoek van een wilsbekwame patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding vindt meestal plaats in een gesprek tussen de arts en de patiënt op grond van artikel 2 lid 1 Wtl. Hierbij is een mondeling verzoek dus voldoende. Indien een patiënt (deels) wilsonbekwaam is dient echter de verklaring om euthanasie het mondelinge verzoek te vervangen op grond van artikel 2 lid 2 Wtl. Er kan dus geconcludeerd worden dat de wet onderscheid maakt tussen het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van wilsbekwame- en (deels) wilsonbekwame patiënten.

§8.1.2 Wilsbekwame patiënt met een psychische stoornis

Vrijwillig en weloverwogen verzoek en consultatie

Een psychische stoornis kan er toe leiden dat de patiënt zijn wil niet vrij kan bepalen. Om hierover te oordelen is het volgens de toetsingscommissie noodzakelijk dat de arts twee consulenten, onder wie een psychiater raadpleegt. De arts en de consulenten moeten tot het oordeel komen dat de patiënt wilsbekwaam is en dat het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding vrijwillig en weloverwogen is. Hierbij is het belangrijk dat de patiënt relevante informatie begrijpt, ziekte-inzicht heeft en consistente overwegingen gebruikt. De patiënt moet het gevolg van zijn verzoek goed kunnen overzien.

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden

Bij deze patiënten is echter met name de vraag of het door de patiënt als ondraaglijk ervaren lijden als uitzichtloos kan worden aangemerkt punt van aandacht. Deze patiënten lijden vaak uitzichtloos onder het vooruitzicht van hun 'psychische' situatie.

Al met al kan geconcludeerd worden dat als aan bovengenoemde voorwaarden wordt voldaan en aan de overige zorgvuldigheidseisen uit artikel 2 lid 1 Wtl de arts euthanasie kan toepassen of hulp bij zelfdoding kan verlenen aan een wilsbekwame patiënt met een psychische stoornis.

§8.1.3 Wilsonbekwame patiënt met een verklaring om euthanasie

Vrijwillig en weloverwogen verzoek en consultatie

Een schriftelijke wilsverklaring kan volgens artikel 2 lid 2 Wtl echter ook als een vrijwillig en weloverwogen verzoek gelden. Deze verklaring kan het mondelinge verzoek vervangen bij de patiënten die op het moment dat levensbeëindiging concreet aan de orde is niet meer in staat zijn hun wil te uiten indien de verklaring is opgesteld toen de patiënt nog wilsbekwaam was.

Om over dit verzoek te oordelen is het volgens de toetsingscommissie noodzakelijk dat de arts twee consultants raadpleegt. De toetsingscommissie heeft een zaak als zorgvuldig beoordeelt, waarbij er euthanasie werd toegepast aan een (deels) wilsonbekwame patiënte lijdend aan dementie. Er zijn echter geen zaken bij de toetsingscommissie ter beoordeling geweest waarbij euthanasie werd toegepast aan een (deels) wilsonbekwame patiënt met een andere 'psychische stoornis'.

Het is echter verdedigbaar dat bij een wilsonbekwame patiënt met een andere psychische stoornis de verklaring om euthanasie het mondelinge verzoek ook kan vervangen. Artikel 2 lid 2 Wtl maakt bijvoorbeeld geen onderscheid tussen patiënten die (deels) wilsonbekwaam zijn geworden door een vorm van dementie of een patiënt die bijvoorbeeld depressief is of ernstig lijdt door wanen of stemming in zijn hoofd.

Er kan geconcludeerd worden dat de verklaring het mondelinge verzoek op grond van de wet dus kan vervangen van de (deels) wilsonbekwame patiënten binnen GGZ Oost Brabant die zich niet meer mondeling kunnen uiten.

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden

De toetsingscommissie concludeert dat een (deels) wilsonbekwame patiënt ondraaglijk en uitzichtloos kan lijden. De arts kan op grond van hun waarnemingen van het gedrag, de lichaamstaal van de patiënt en de aanvullende informatie die zij over de patiënt van anderen krijgen tot de conclusie komen dat de (deels) wilsonbekwame patiënt ondraaglijk lijdt. Het is hierbij van belang dat de patiënt zich in een situatie bevindt die de patiënt in de verklaring als ondraaglijk had beschreven en dat de patiënt nog euthanasie wenst.

§8.1.3 NVvP en de KNMG

Naast de eisen die de wet stelt en de eisen die voortvloeien uit de uitspraken van de toetsingscommissie, stellen de NVvP en de KNMG in de door hun gepubliceerde richtlijnen aanvullende voorwaarden. De belangrijkste zullen hieronder uiteen worden gezet.

De beroepsgroep van psychiaters, de NVvP, heeft in 2009 de richtlijn 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' opgesteld.

In deze richtlijn staat dat uitgesloten moet worden dat een psychiater ingaat op een verzoek om hulp bij zelfdoding dat in een opwelling wordt gedaan. Volgens deze richtlijn kan pas worden gesproken van een duurzaam doodsverlangen indien de patiënt over een periode van minimaal enkele maanden weloverwogen, meerdere malen en ook tegenover derden zijn verzoek onmiskenbaar heeft geuit. De toetsingscommissie heeft echter een zaak als zorgvuldig beoordeeld, terwijl de patiënte pas een maand voor haar overlijden herhaaldelijk om hulp bij zelfdoding had verzocht. In de wet staat ook niet dat een patiënt met een psychische stoornis minimaal enkele maanden weloverwogen, meerdere malen en ook tegenover derden zijn verzoek onmiskenbaar hebben geuit. Er staat alleen dat een verzoek vrijwillig en weloverwogen moet zijn. Met weloverwogen wordt bedoeld dat het verzoek van de patiënt niet in een opwelling mag zijn gedaan. De tijdsduur is hierbij niet de essentie, maar de herhaling. Deze richtlijn gaat echter erg op de tijdsfactor zitten. Deze eigen uitwerking is dus strikter dan de wet en de toetsingscommissie.

Communicatie

De beroepsgroep van artsen, de KNMG, publiceerde in 2012 een nadere uitleg van haar euthanasiestandpunt over de communicatie tussen de consulent en de patiënt in de 'nadere uitleg bij het Standpunt federatiebestuur inzake euthanasie en palliatieve sedatie'. Daarin staat dat de consulent verbaal of non-verbaal met de patiënt moet kunnen communiceren, wil de arts overgaan tot euthanasie of hulp bij zelfdoding. Volgens artikel 2 lid 2 Wtl mag een verklaring om euthanasie het mondelinge verzoek van een patiënt vervangen, als deze zich niet meer mondeling kan uiten. Dit verbale/nonverbale verzoek mag dus veel eerder zijn gedaan dan op het moment van uitvoeren van het verzoek. Als een patiënt een wilsverklaring opstelt op het moment dat hij wilsbekwaam is, maar later niet meer wilsbekwaam genoeg is om dit verzoek te herhalen, zou je ook gevolg moeten kunnen geven aan dit eerdere verzoek. Ook de toetsingscommissie heeft een zaak als zorgvuldig beoordeeld waarbij de verklaring het mondelinge verzoek van de (deels) wilsonbekwame patiënt verving. Deze eigen uitwerking is dus strikter dan de wet en de toetsingscommissie.

Overleg met naasten

In de richtlijn van de NVvP staat dat de psychiater dient te overleggen met de naasten van de patiënt voor hij overweegt hulp bij zelfdoding te verlenen. Als de patiënt hiervoor geen toestemming verleent, kan de psychiater besluiten om af te zien van hulp bij zelfdoding. In de wet staat echter niet dat een psychiater dient te overleggen met de naasten van de patiënt. Als aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan uit artikel 2 lid 1 Wtl dan mag de psychiater namelijk euthanasie toepassen of hulp bij zelfdoding verlenen. Deze eigen uitwerking is dus strikter dan de wet en de toetsingscommissie.

Al met al kan geconcludeerd worden dat de KNMG en de NVvP een eigen uitwerking hebben van de wet in het geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding aan een patiënt met een psychische stoornis. Deze eigen uitwerking is strikter dan waar de formulering van de wettelijke eisen om vraagt. Het gevolg van deze extra eisen kan zijn dat een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt wel mogelijk is op grond

van de wet- en regelgeving en volgens de toetsingscommissie, maar dat het verzoek niet mogelijk is volgens de beroepsgroep van de KNMG of NVvP. Van deze aanvullende voorwaarden mag worden afgeweken als de arts duidelijk motiveert waarom hij hiervan afwijkt.

§8.2 Aanbevelingen GGZ Oost Brabant

Aan de hand van het onderzoeksrapport kunnen er verschillende aanbevelingen worden gegeven aan GGZ Oost Brabant. Deze aanbevelingen worden in paragraaf 8.2.1 uiteengezet. Aangezien deze instelling aan de hand van het onderzoeksrapport een beleidsnotitie wil opstellen, worden hiervoor ook aanbevelingen gegeven. Deze aanbevelingen worden in paragraaf 8.2.2 uiteengezet.

§8.2.1 Aanbevelingen aan de instelling

Aanbeveling behandelverbod

Indien een patiënt binnen GGZ Oost Brabant wordt opgenomen, is het de instelling aan te bevelen om gelijk bij opname vast te stellen of een patiënt een behandelverbod en/of verklaring om euthanasie heeft opgesteld. Ook is het de instelling aan te bevelen om te onderzoeken welke patiënten binnen GGZ Oost Brabant een behandelverbod en/of verklaring om euthanasie hebben opgesteld. Daarvan kunnen aantekeningen worden gemaakt in het Elektronisch Patiënten Dossier (hierna: EPD). Op deze manier heeft de instelling een overzicht van alle patiënten die een behandelverbod en/of verklaring om euthanasie hebben opgesteld.

Aanbevelingen kennis over euthanasie en hulp bij zelfdoding

Het is de instelling aan te bevelen om bijvoorbeeld een SCEN-arts te vragen een lezing aan de psychiaters binnen de instelling te geven over euthanasie of hulp bij zelfdoding. Daardoor krijgen de psychiaters binnen de instelling meer kennis over euthanasie of hulp bij zelfdoding. Uit de resultaten van de enquête blijkt namelijk dat de meeste psychiaters weinig weten over euthanasie of hulp bij zelfdoding.

Aanbeveling gesprek over euthanasie en hulp bij zelfdoding

Na deze lezing is het de instelling aan te bevelen met iedere psychiater afzonderlijk in gesprek te gaan of zij bereid zijn om euthanasie toe te passen en/of hulp bij zelfdoding te verlenen. Uit de resultaten van de enquête blijkt namelijk dat veel psychiaters hiertoe niet bereid zijn. Indien een patiënt binnen GGZ Oost Brabant een doodswens heeft, kan dan gelijk verwezen worden naar een psychiater binnen de instelling die bereid is het verzoek te honoreren. Zo hoeven de psychiaters die hiertoe niet bereid zijn de patiënt niet door te verwijzen naar bijvoorbeeld de NVVE. Hierdoor wordt het probleem intern opgelost.

Aanbeveling bevorderen van deskundigheid

Het is de instelling aan te bevelen om de deskundigheid van de psychiaters die bereid zijn om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen te bevorderen door middel van bijvoorbeeld scholing. Ook is het de instelling aan te bevelen dat als een psychiater euthanasie heeft toegepast of hulp bij zelfdoding heeft verleend aan een patiënt er een intercollegiaal overleg plaatsvindt. Op deze manier kunnen de psychiaters ook van elkaar leren.

§8.2.2 Aanbevelingen voor de beleidsnotitie

Aanbeveling behandelverbod en verklaring om euthanasie

Het advies aan de instelling is om in de beleidsnotitie op te nemen dat de behandelaars, uiterlijk een keer per jaar, in gesprek moeten gaan met de patiënten die een behandelverbod en/of verklaring om euthanasie hebben opgesteld. In dit gesprek kunnen afspraken worden gemaakt over de behandelweigering en/of euthanasiewens. Deze afspraken kunnen in het EPD vastgelegd worden. Het is dan duidelijk wanneer een behandeling geweigerd dient te worden of wanneer euthanasie toegepast dient te worden. Bij sommige patiënten is het zaak dat de behandelaar vaker de verklaring actualiseert bijvoorbeeld als de wilsbekwaamheid van de patiënt afneemt.

Aanbeveling vrijwillig en weloverwogen verzoek

Levensbeëindigend handelen zonder verzoek wordt gekwalificeerd als moord. Het advies aan de instelling is om dan ook in de beleidsnotitie vast te leggen dat een vrijwillig en weloverwogen verzoek altijd een eerste vereiste is.

Aanbeveling supervisie

Het is de instelling aan te bevelen om in de beleidsnotitie op te nemen dat de psychiater die euthanasie toepast of hulp bij zelfdoding hiervan een reflectieverslag moet maken. In dit reflectieverslag dient de psychiater te reflecteren op de situatie.

9. Evaluatie onderzoek

In dit hoofdstuk wordt teruggeblikt op het verloop van het onderzoek.

Voor het schrijven van het onderzoeksrapport had de onderzoeker al veel informatie over het onderwerp uitgezocht. Daardoor kon er nauwkeurig in het onderzoeksplan aangegeven worden wat in welk hoofdstuk beschreven zou worden. De hoofdlijnen van het onderzoek zijn daardoor aangehouden.

Wel zijn er een paar dingen die anders hadden gemogen. Allereerst had de enquête onder de psychiaters eerder uiteengezet moeten worden. Op 29 april had de onderzoeker deze enquête namelijk pas uiteengezet. Een aantal psychiaters had in deze week vakantie. Daardoor heeft niet iedere psychiater de enquête kunnen invullen. Daarnaast ontbrak achteraf een belangrijke vraag in de enquête. De onderzoeker had namelijk niet gevraagd of de psychiaters bereid waren om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen aan een wilsonbekwame patiënt.

Al met al is de onderzoeker is de onderzoeker tevreden met het onderzoeksrapport en is zij van mening dat het onderzoeksrapport voldoende nieuwe inzichten oplevert.

Bronnenlijst

Boeken

Becker 2007

M. Becker, *Lexicon van de ethiek*, Assen: Van Gorcum 2007.

Van den Berg 1969

J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, Nijkerk: Callenbach 1969.

Duijst 2009

W.L.J.M. Duijst, *Gezondheidsstrafrecht*, Deventer: Kluwer 2009.

Hermans & Buijsen 2010

H.E.G.M. Hermans & M.A.J.M. Buijsen, *Recht en Gezondheidszorg*, tweede druk, Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg 2010.

Leenen, Gevers & Legemaate 2011

H.J.J. Leenen, J.K.M. Gevers en J. Legemaate, *Handboek gezondheidsrecht. Deel I, Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, vijfde druk, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2011.

Legemaate 2006

J. Legemaate, *Medisch handelen rond het levenseinde*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2006.

Artikelen

ANP 2011

ANP, 'Arts moet meer openstaan voor euthanasie', *Volkskrant* 6 september 2011.

Croonen 2011

H. Croonen, 'Zelden euthanasie bij niet-somatische ziekte', *Medisch Contact* 2011, 04.

Den Hartogh 2012

G. den Hartogh, 'Euthanasieverklaring vereist onderhoud', *Medisch contact* 2012, 39.

Koopmans, Sindram & Dekkers 2004

R.T.C.M. Koopmans, I.P.C. Sindram & W.J.M. Dekkers, 'Bewust weigeren van vocht en voedsel in een verpleeghuis om te overlijden: een zaak voor dokter en patiënt?', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004, p. 962.

Van der Lijn, Nolen & Schudel 1994

M. van der Lijn, W.A. Nolen & W.J. Schudel, 'Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten, Rechtvaardigingsgronden en zorgvuldigheidscriteria', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1994, 06. (bladzijde 2)

PSY 2011

PSY, 'Artsen kennen euthanasiewet onvoldoende', *Psy* 2011.

PSY 2012

PSY, 'Psychiatrische patiënten krijgen iets vaker euthanasie', *Psy* 2012.

Schipholt 2010

I.L. Schipholt, 'Weinig psychiaters helpen bij zelfdoding', *Medisch Contact* 2010, 41.

Wet- en regelgeving

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens

Wetboek van Strafrecht

Wet op de lijkbezorging

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Jurisprudentielijst

Europees Hof voor de Rechten van de Mens

EHRM 29 april 2002 application nr. 2346, 02.

Hoge Raad

HR 27 november 1984, *NJ* 1985, 106.

HR 21 juni 1994, *NJ* 1994, 656.

Gerechtshof

Hof Den Haag 11 september 1986, *TvGR* 1987, 01.

Hof Amsterdam 7 november 1995, *NJ* 1996, 113.

Hof Leeuwarden 4 april 1996, *NJ* 1996, 35.

Hof Amsterdam 3 juni 2003, *LJN* AF9392.

Medisch Tuchtcollege

MTC Den Haag 28 oktober 1987, *TvGR* 1988, 15.

MTC Amsterdam 30 maart 1995, *TvGR* 1995, 35.

Regionaal Tuchtcollege

RTC Eindhoven 12 mei 2010, *LJN* YG0289.

Kamerstukken

Kamerstukken I 2000/01, 26 691, nr. 137e.

Kamerstukken II 1997/98, 26 024, nr. 10.

Kamerstukken II 1998/99, 26 691, nr. 3.

Kamerstukken II 1999/00, 26 691, nr. 6.

Kamerstukken II 2000/01, 26 691, nr. 9.

Elektronische bronnen

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37683&D1=0-3,20-35,42-51,67-74,81-82,91-105&D2=0&D3=a&D4=12-15&VW=T>,

(<<http://www.cbs.nl>>) Geraadpleegd op 10 april 2013.

<http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Themadossier-Levenseinde/Euthanasie-1.htm>,
(<http://www.knmg.nl>). Geraadpleegd op 20 april 2013.

<http://www.nvve.nl/nvve2/faq.asp?pagkey=146589>,
(<http://www.nvve.nl>) Geraadpleegd op 25 april 2013.

http://steungroeppsychiaters.nl/wp-content/uploads/Richtlijn-hulp-bij-zelfdoding_NVvP-2009.pdf,
(<http://www.steungroeppsychiaters.nl>) Geraadpleegd op 2 mei 2013.

http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=4640,
(voorbeeld behandelverbod Bijlage I) Geraadpleegd op 2 mei 2013.

<http://mcgroenveld.praktijkinfo.nl/pagina/54/euthanasie>,
(voorbeeld euthanasieverklaring Bijlage II) Geraadpleegd op 2 mei 2013.

Overige bronnen

Aanwijzing

Ministerie van Veiligheid en Justitie 2012

Ministerie van Veiligheid en Justitie, 'Aanwijzing vervolgbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek', 2012.

Interne documenten

Suïcidepreventieplan GGZ Oost Brabant
Protocol poging (tentamen) suïcide

Jaarverslagen Regionale toetsingscommissies euthanasie

Jaarverslag Rte 2006

Regionale toetsingscommissies euthanasie, 'Jaarverslag 2006', 2007.

Jaarverslag Rte 2008

Regionale toetsingscommissies euthanasie, 'Jaarverslag 2008', 2009.

Jaarverslag Rte 2009

Regionale toetsingscommissies euthanasie, 'Jaarverslag 2009', 2010.

Jaarverslag Rte 2010

Regionale toetsingscommissies euthanasie, 'Jaarverslag 2010', 2011.

Jaarverslag Rte 2011

Regionale toetsingscommissies euthanasie, 'Jaarverslag 2011', 2012.

KNMG

KNMG 2003

KNMG, 'Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie', 2003.

KNMG 2011

KNMG, 'De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde', 2011.

KNMG 2012

KNMG, 'Nadere uitleg bij het Standpunt federatiebestuur inzake euthanasie en palliatieve sedatie', 2012.

NVvP**NVvP 2009**

NVvP, 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis', 2009.