Euthanasie in de psychiatrie

Brochure voor patiënten

PPjan22

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

Eerste druk: oktober 2018
Tweede herziene druk: januari 2020

Redactie: Marleen Peters
Vormgeving: Kees Wagenaars, Breda

ISBN: 978-94-92174-11-6

© NVVE, Amsterdam 2022
Gedeeltelijke overname is toegestaan met
bronvermelding en kennisgeving aan de NVVE

Inhoud

1 Inleiding 5
Euthanasieverzoek: een legitieme vraag

2 Belangrijk om te weten 6
- De wet
- Principiële bezwaren arts
- Verwijzen
- Expertisecentrum Euthanasie
- Schriftelijke wilsverklaring

3 Wettelijke zorgvuldigheidseisen 8
- Vrijwillig en weloverwogen verzoek
- Ondraaglijk en uitzichtloos lijden
- Voorlichting aan de patiënt
- Geen redelijke andere oplossing

4 Het euthanasietraject 13
- Fase 1 Vooronderzoek
- Fase 2 Beoordeling
- Fase 3 Consultatie
- Fase 4 Uitvoering

5 Stroomschema Beoordeling verzoek om hulp bij zelfdoding 22

6 Documenten 24

1 Inleiding

Euthanasieverzoek: een legitieme vraag

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

Dat euthanasie mag, betekent niet dat een arts altijd gehoor zal geven aan een verzoek om euthanasie. Euthanasie is geen recht van de patiënt en een arts heeft geen juridische of morele plicht euthanasie te verlenen. Ook niet in die gevallen waarin aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Meer dan bij lichamelijke lijden ervaren artsen euthanasie bij psychisch lijden als complex. Lastiger dan bij lichamelijke aandoeningen is de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek vast te stellen. Dat geldt ook voor de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een behandelperspectief.

De grote behoedzaamheid die artsen worden geacht te betrachten bij het inwilligen van euthanasieverzoeken van patiënten met een psychiatrische aandoening, vertaalt zich in de praktijk. Honorering van verzoeken van patienten met een psychiatrische aandoening is nog beperkt. Getalsmatig neemt het aantal ingewilligde verzoeken de laatste jaren wel toe, van 41 in 2014 naar 83 in 2017. Maar het aantal blijft beperkt: van het totaal aantal gehonoreerde euthanasieverzoeken in 2017 (6.585) was 1,3% gebaseerd op een psychiatrische aandoening.

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

2 Belangrijk om te weten

De wet

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

Principiële bezwaren arts

Euthanasie is geen recht van de patiënt en geen plicht van de arts. Ook niet in die gevallen waarin aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Niet alle artsen willen euthanasie verlenen. Sommigen vinden het emotioneel te belastend, anderen hebben principiële of persoonlijke bezwaren.
Patiënten hebben het recht te weten of de behandelend arts, mits aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan, bereid is euthanasie te verlenen. Aangeraden wordt de behandelend arts in een vroeg stadium te vragen naar zijn standpunt over euthanasie. Dit voorkomt misverstanden, teleurstelling en onbegrip.

Verwijzen

Voor artsen geldt geen verwijsplicht. Maar een arts die om principiële of persoonlijke redenen euthanasie afwijst, heeft wel de professionele en morele verantwoordelijkheid de patiënt te helpen bij het vinden van een andere arts die niet principieel tegen euthanasie is of door te verwijzen naar het Expertisecentrum Euthanasie.

Expertisecentrum Euthanasie

Het Expertisecentrum Euthanasie richt zich in hoofdzaak op complexe euthanasieverzoeken van patiënten die niet op afzienbare termijn zullen overlijden. Artsen met principiële bezwaren, of die een bepaald euthanasieverzoek te complex vinden, kunnen patiënten doorverwijzen. Patiënten kunnen zich ook zelf aanmelden bij het Expertisecentrum Euthanasie.

Al vanaf de oprichting in 2012 is één op de drie hulpvragers die bij het Expertisecentrum Euthanasie aankloppen, een patiënt met een psychiatrische aandoening. Door het grote aantal hulpvragen en een tekort aan psychiaters heeft het Expertisecentrum Euthanasie een wachttijd van wisselende duur voor patiënten met een psychiatrische aandoening.
Het Expertisecentrum Euthanasie stelt voorwaarden aan het in behandeling nemen van een hulpvraag. Een hulpvraag wordt alleen in behandeling genomen als:

- de behandelend arts of de huisarts het euthanasieverzoek van de patient heeft afgewezen;
- de patient toestemming geeft zijn medisch dossier(s) op te vragen.

Schriftelijke wilsverklaring

Een schriftelijke wilsverklaring met daarin een verzoek om euthanasie is geen wettelijk vereiste om euthanasie te mogen verlenen. De wilsverklaring geeft ook geen garantie dat euthanasie wordt verleend. Toch is het een belangrijk document. Hoe concreter het schriftelijke verzoek, hoe meer aanknopingspunten het zal bieden voor gesprekken over de doodswens met de arts en voor de besluitvorming van de arts. Een uitgebreide wilsverklaring kan ook de onafhankelijk psychiater die geraadpleegd moet worden, de consulent (SCEN-arts) en de leden van de toetsingscommissie meer duidelijkheid en inzicht geven in de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden, de duur van de doodswens en de weloverwogenheid van het verzoek om levensbeëindiging.
Als de patiënt dat wil, kan de arts meedenken hoe het verzoek te verwoorden. Ook kan hiervoor een beroep worden gedaan op een consulent van het Adviescentrum van de NVVE.
Actualiseer regelmatig de wilsverklaringen en herbevestig deze tijdens gesprekken met de arts.

3 Wettelijke zorgvuldigheidseisen

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

DE WETTELIJKE ZORGVULDIGHEIDSEISEN HOUDEN IN DAT DE ARTS

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

De eerste vier zorgvuldigheidseisen zijn in deze context belangrijk en zullen hieronder worden besproken.

1. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

Vrijwillig verzoek

Een vrijwillig verzoek houdt in dat de patiënt wilsbekwaam moet zijn, oftewel in het bezit van het geestelijk vermogen om zijn wil vrij te bepalen. De patiënt moet de informatie over zijn situatie en zijn vooruitzichten kunnen begrijpen, eventuele alternatieven kunnen afwegen en de gevolgen van zijn beslissing kunnen overzien. Uitgesloten moet worden dat het oordeelsvermogen van de patiënt door de psychiatrische aandoening is aangetast.

De euthanasiewens moet autonoom tot stand zijn gekomen, zonder druk of invloed van anderen. Psychiatrische patiënten kunnen zich, door signalen uit hun omgeving of uit een gevoel van schuld of last, gedwongen voelen om hun omgeving te ontlasten door uit het leven te stappen. Het onderzoeken van deze (subjectief beleefde of eventueel echt bestaande) druk vanuit de omgeving speelt mee bij de beoordeling of de vraag om euthanasie vrijwillig is. De arts moet met de patiënt onderzoeken of er bijvoorbeeld alternatieve vormen van samenleving zijn of ondersteuning mogelijk is, waardoor de patiënt aan de druk kan ontsnappen.

Er zijn situaties denkbaar waarin de patiënt zulke ernstige, niet te beïnvloeden gedragsstoornissen vertoont, dat het niet te voorkomen is dat zijn omgeving hem als last ervaart. Als de patiënt dit zelf beseft, kan dit besef in belangrijke mate bijdragen aan de ondraaglijkheid van het lijden. Een dergelijke vorm van 'verminderde vrijwilligheid' hoeft geen reden voor de arts te zijn om het verzoek om euthanasie bij voorbaat af te wijzen.

Weloverwogen verzoek

De arts onderzoekt of de patiënt een weloverwogen verzoek om euthanasie kan doen. Daarvoor moet de patiënt de informatie over zijn situatie en zijn vooruitzichten kunnen begrijpen, voldoende ziekte-inzicht hebben en over zelfkennis beschikken. Ook moet de patiënt eventuele alternatieven kunnen afwegen en de gevolgen van zijn beslissing kunnen overzien. De arts onderzoekt ook of de patiënt een consistent verlangen heeft naar de dood en het verzoek niet in een opwelling is gedaan of bijvoorbeeld berust op een (tijdelijke) depressie. Een patiënt met ernstige recidiverende psychosen of depressies kan in tussenliggende goede perioden vaak wel in staat zijn om met volledig ziektebesef tot een weloverwogen euthanasieverzoek te komen.

Een weloverwogen verzoek kent ook een zekere mate van duurzaamheid. Het verzoek komt niet voort uit een opwelling, maar wordt bij herhaling en consistent geuit. Dit houdt in dat

de arts gedurende een zekere periode met de patiënt over het verzoek in gesprek moet zijn om de standvastigheid te toetsen. Consistentie houdt in dat overige handelingen en overwegingen in lijn zijn met het verzoek en er bijvoorbeeld geen sprake is van plannen die ondubbelzinnig in strijd zijn met het verzoek. Denk aan het ondernemen van nieuwe activiteiten, bijvoorbeeld het plannen van een vakantie of het kopen van goederen die op lange termijn nuttig zijn, waarbij dergelijke activiteiten geen onderdeel zijn van de stoornis (dwangaankopen) of verklaarbaar zijn vanuit het afscheid nemen van naasten en het anticiperen op het sterven.

2. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

Uitzichtloos lijden

Het lijden van de patiënt wordt als uitzichtloos beschouwd als de ziekte of aandoening die het lijden veroorzaakt niet te genezen is en het ook niet mogelijk is om de symptomen zodanig te verzachten dat daardoor de ondraaglijkheid verdwijnt. De uitzichtloosheid wordt door de arts vastgesteld op basis van de gestelde diagnose en prognose.
Bij veel psychiatrische stoornissen is het niet mogelijk om met absolute zekerheid het verdere beloop te voorspellen. Het is, in elk geval theoretisch, altijd mogelijk dat na jaren nog spontaan herstel optreedt. Bovendien zijn er, als de meest voor de hand liggende behandelingen zijn geprobeerd, vaak in theorie nog wel diverse alternatieve behandelingen mogelijk. Absolute onbehandelbaarheid bestaat in de psychiatrie dus vrijwel niet, behalve als de psychiatrische stoornis berust op bijvoorbeeld een aantoonbaar irreversibele hersenbeschadiging. Om deze reden wordt er van onbehandelbaarheid gesproken als er 'geen redelijk behandelperspectief' meer bestaat (zie punt 4). Of een behandeloptie redelijk is, hangt enerzijds af van de verbetering die hiermee kan worden bereikt en anderzijds van de belasting die dit voor de patiënt meebrengt. Het is dus niet zo dat een patiënt alle nog alle denkbare behandelingen moet ondergaan. Er moet een gunstige verhouding zijn tussen de voor- en de nadelen. De mening van de patiënt hoort de arts mee te nemen in zijn oordeel over de uitzichtloosheid van het lijden.

Ondraaglijk lijden

Wat ondraaglijk lijden precies is, verschilt per persoon en per situatie. Wat de ene patiënt nog als draaglijk ervaart, kan voor een ander ondraaglijk zijn. Daarom is het belangrijk dat de patiënt zo duidelijk mogelijk maakt (en in de wilsverklaring omschrijft) wat ondraaglijk lijden voor hem betekent.
De ondraaglijkheid van het lijden wordt in sterke mate bepaald door de verwachting dat de lijdensdruk niet afneemt en het vooruitzicht van het lijden levenslang is. Daarnaast spelen factoren mee zoals de achtergrond van de patiënt, de actuele situatie, het toekomstperspectief, de fysieke en psychische draagkracht en de persoonlijkheid van de patiënt.
Het is niet noodzakelijk dat de ondraaglijkheid door de arts als invoelbaar wordt ervaren. Wel dient de ondraaglijkheid in enige mate begrijpelijk te worden. Begrijpelijk in de zin dat de arts ervan overtuigd is dat het lijden voor deze specifieke patiënt met deze copingvaardigheden ondraaglijk is. Dit oordeel kan onderbouwd worden door, met toestemming van de patiënt, bij familie en naasten, andere (vorige) behandelaars, verpleegkundigen en verzorgenden te informeren naar hun indruk van het lijden van de patiënt.
De mate waarin de patiënt het lijden als ondraaglijk ervaart, kan fluctueren. Veel chronisch psychiatrische aandoeningen hebben een wisselend beloop. Het lijden kan mede als ondraaglijk worden beleefd door het vooruitzicht op een zoveelste recidief van een ernstige psychose of depressie. Een verzoek om hulp bij zelfdoding moet dan met de patiënt besproken en beoordeeld worden in een periode waarin de patiënt beter functioneert.

3. Voorlichting aan de patiënt

De arts moet de patiënt hebben voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over zijn vooruitzichten. Voor een weloverwogen verzoek is het noodzakelijk dat de patiënt een volledig inzicht heeft in zijn ziekte, de gestelde diagnoses, prognoses en behandelmogelijkheden. De arts moet de patiënt hierover volledig informeren. Dit inzicht vormt ook een noodzakelijke basis voor de weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt

om euthanasie. De arts dient hierbij rekening te houden met de psychologische en cognitieve beperking van de patiënt en met sociale en culturele verschillen tussen de arts en de patiënt die de communicatie kunnen verstoren.

4. Geen redelijke andere oplossing

Arts en patiënt moeten gezamenlijk tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing is. Zowel voor de arts als de patiënt moet duidelijk zijn dat euthanasie als enige redelijke oplossing is overgebleven om het lijden weg te nemen.
Als er nog een redelijk behandelperspectief aanwezig wordt geacht, maar de patiënt weigert om hieraan mee te werken, bespreekt de arts de reden van de weigering met de patiënt. Hoe weegt de patiënt de mogelijke opbrengsten af tegen de belasting? Is de weigering in het licht van de afweging door de patiënt redelijk (ook al zou de arts zelf mogelijk een andere afweging maken)? Indien de arts na overleg de weigering niet als redelijk beschouwt, moet hij het verzoek om levensbeëindiging vooralsnog afwijzen.
Dit wil niet zeggen dat de patiënt iedere mogelijke behandeling moet benutten. Een patiënt mag een behandeling weigeren als er bijwerkingen zijn waardoor het positieve effect van de behandeling niet opweegt tegen de nadelen ervan. Ook moet de te bereiken verbetering op afzienbare termijn kunnen worden gerealiseerd. Het is dus niet noodzakelijk dat alle denkbare mogelijkheden worden uitgeprobeerd. Soms geldt: genoeg is genoeg. Een ingrijpende of langdurige interventie met een beperkt resultaat zal in het algemeen niet als een 'redelijk alternatief' kunnen worden aangemerkt. Een behandeling die het lijden substantieel kan verminderen of wegnemen, gedurende een langere termijn, zal doorgaans wel een 'redelijk alternatief' zijn. Van de arts wordt verwacht dat deze kan onderbouwen waarom de patiënt aangereikte behandelmethoden niet redelijk of aanvaardbaar vond.

4 Het euthanasietraject

Het onderzoeken van een euthanasieverzoek op grond van een psychiatrische aandoening is een complex, intensief en langdurig proces. Vooraf maken arts en patiënt afspraken over de wederzijdse inspanningen die zullen worden geleverd. Het is belangrijk dat de patiënt zich bewust is van deze inspanningsverplichting, vooral wat betreft de medewerking aan bijvoorbeeld nog redelijke behandelmogelijkheden en het betrekken van familie en naasten in het traject.
Hoe lang het traject duurt is vooraf niet te zeggen. Euthanasie is geen behandeling waarbij een arts over één nacht ijs gaat. De arts zal een doodswens altijd grondig willen onderzoeken. Het vraagt dus tijd om een oordeel te vormen over het euthanasieverzoek en te komen tot een zorgvuldige afweging. Patiënten moeten zich erop voorbereiden dat een euthanasietraject maanden zal duren. En mogelijk langer als bijvoorbeeld blijkt dat er nog redelijke behandelmogelijkheden zijn.
Globaal is het euthanasietraject te onderscheiden in vier fasen: de verzoekfase, de beoordelingsfase, de consultatiefase en de uitvoeringsfase.[2] De volgorde van de opeenvolgende fases is niet dwingend, terugkeer naar een fase kan soms wenselijk of noodzakelijk zijn.
In elke fase kunnen arts en patiënt, afzonderlijk of gezamenlijk, besluiten het traject al dan niet voort te zetten.

Fase 1 Verzoekfase

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

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

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

Gesprekken met de patiënt

De arts zal meerdere gesprekken voeren met de patiënt om inzicht te krijgen in het euthanasieverzoek en het lijden. Bereid de gesprekken met de arts goed voor. Een hulpmiddel om de gesprekken met de arts goed te laten voorlopen, is vooraf op papier te zetten (bijvoorbeeld in een schriftelijke wilsverklaring) wat maakt dat het leven voor u uitzichtloos en ondraaglijk is.

VRAGEN DIE AAN DE ORDE ZULLEN KOMEN

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

Oordeel over het verzoek van de patiënt

Om te bepalen of de procedure gestart kan worden zal de arts een eerste globale afweging van de wettelijke zorgvuldigheidseisen maken. Op grond van eigen onderzoek vormt de arts zich een voorlopig beeld van de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek, het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van de patient en de behandelgeschiedenis.
Voor een eerste inschatting van de uitzichtloosheid van het lijden is voldoende specialistische informatie over het eventueel nog aanwezige behandelperspectief bij de behandelend arts vereist. De arts kan daarvoor (vooruitlopend op fase) aanvullende informatie bij eerdere en huidige hulpverleners verzamelen, het patiëntendossier en vakliteratuur bestuderen of de patiënt laten onderzoeken door een psychiater. De arts betrekt zo mogelijk familie en naasten al vroeg bij de keuze om de procedure al dan niet te starten.

Besluit

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

Fase 2 Beoordelingsfase

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

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

DE ARTS MOET DE VRAAG BEANTWOORDEN OF SPRAKE IS VAN

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

(zie hoofdstuk 3)

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

Second opinion

Om te kunnen bepalen of er geen redelijke andere oplossing is,

is de behandelend arts (ook als deze zelf psychiater is) verplicht een second opinion aan te vragen bij een onafhankelijk psychiater die specifieke deskundigheid heeft op het gebied van de stoornis van de patiënt. Het raadplegen van een onafhankelijke deskundige psychiater helpt de arts om vast te stellen of alle redelijke behandelmogelijkheden doorlopen zijn en beoordeelt zo mogelijk de wilsbekwaamheid van de patiënt inzake het verzoek.
De psychiater die de second opinion verricht, moet de patient zelf onderzoeken. De patient wordt geacht hieraan mee te werken.

Gesprekken met andere professionals

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

Gesprekken met familie en naasten

Wettelijk spelen familie en naasten geen rol bij de besluitvorming over het verlenen van levensbeëindiging op verzoek. Familie en naasten kunnen echter een belangrijke bron van informatie zijn over de situatie van de patiënt en inzicht geven in wat er speelt in de omgeving. Ze kunnen helpen bij het in kaart brengen van het behandelperspectief van de patiënt, zowel qua mogelijkheden als beperkingen.
Als de patient contact met de familie afwijst mag de arts hier niet in meegaan, gezien het belang van familie en naasten als bron van informatie en hun directe betrokkenheid.
Is schuldgevoel de reden van afwijzing de familie bij het traject te betrekken, dan kan de patiënt worden gewezen op het belang, zowel voor de familie als voor hemzelf, dat het traject samen wordt afgelegd. Voor de familie zal het onverdraaglijk zijn te worden geconfronteerd met de plotselinge zelfgekozen dood van een geliefde, zonder daar ook maar enigszins op voorbereid te zijn. Zelfs als de relatie met de familie niet goed is zal de onverwachte dood grote impact hebben. Door de naasten er wel bij te betrekken stelt de patiënt hen in de gelegenheid zich voor te bereiden op de naderende dood. Voor de patiënt zal het een grote steun zijn dat hij zijn doodswens met zijn familie kan delen, dat hij hen uit kan leggen waarom hij niet meer verder kan leven. Het zal gemakkelijker voor hem zijn als hij van zijn naasten hoort dat zij hem gunnen dat hij rust heeft.
Uitgangspunt is dat euthanasie alleen kan worden verleend als familie en naasten op de hoogte zijn van wat er gaat gebeuren. Alleen in zeer bijzondere omstandigheden kan hiervan worden afgeweken, zoals bij een onherstelbare breuk met familie en naasten of een belangrijke rol van familie en naasten in het ontstaan en de continuering van de psychiatrische aandoening. Als de patiënt contact met de familie blijft weigeren, zal de arts het verzoek slechts dan kunnen honoreren na een uiterste inspanning om de patiënt te motiveren familie en naasten te betrekken. De arts zal dan een gedegen onderbouwing moeten geven van het besluit om euthanasie te verlenen zonder informatie aan en inbreng van familie en naasten.
Als familie en naasten zelf geen rol willen spelen, wordt dat gerespecteerd.

Besluit

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

Fase 3 Consultatiefase

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

De euthanasiewet schrijft voor dat de arts, voordat deze euthanasie verleent, tenminste één onafhankelijk arts raadpleegt, die bekijkt of aan zorgvuldigheidseisen is voldaan. In de praktijk zal dit doorgaans een onafhankelijke SCEN-consulent zijn. SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland en is een netwerk van artsen die zijn getraind om deskundige consultatie te verlenen. De SCEN-arts is vaak een huisarts, maar kan ook een medisch specialist zijn waaronder een klein aantal psychiaters.
In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht is de consultatie geen 'examen' dat de patiënt moet afleggen, maar bedoeld om arts en patiënt te beschermen tegen onzorgvuldigheden.

DE SCEN-ARTS TOETST OF

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

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

De SCEN-arts spreekt tijdens het bezoek meestal geen oordeel uit.
Na het bezoek schrijft de consulent een verslag met zijn oordeel of er wel of niet of nog niet helemaal aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.
De behandelend arts ontvangt het schriftelijk verslag meestal één tot enkele dagen na het bezoek en bespreekt het oordeel van de consulent met de patiënt, familie en naasten. Wanneer er naar de mening van de SCEN-arts nog niet, of nog niet helemaal is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen, dan kan dat enige tijd later wel zo zijn. Afhankelijk van de situatie bezoekt dezelfde consulent of een andere consulent dan nogmaals de patiënt voor een gesprek.
De behandelend arts is formeel gezien niet verplicht een (afwijzend) oordeel van de consulent te volgen. De arts kan met de consulent van mening verschillen of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en toch overgaan tot het verlenen van euthanasie. De behandelend arts moet het oordeel van de consulent wel zwaar laten wegen. Als de arts een negatief advies van de consulent niet volgt en besluit toch euthanasie te verlenen, zal hij dit met heel sterke argumenten moeten kunnen motiveren.
De behandelend arts kan bij een meningsverschil ook besluiten een tweede consulent in te schakelen om nogmaals te laten onderzoeken of aan de zorgvuldigheidscriteria is voldaan. In dat geval zal de tweede consulent ook met de patient, familie en naasten moeten spreken.

Fase 4 Uitvoeringsfase

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

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

BINNEN DE EUTHANASIEWET ZIJN ER TWEE METHODEN VOOR UITVOERING

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

Arts en patiënt overleggen vooraf welke methode de voorkeur heeft.
Vlak voor de uitvoering vraagt de arts nogmaals aan de patiënt of deze overtuigd is te willen sterven. De arts dient, afhankelijk van de methode die gekozen is, de euthanatica toe of overhandigt het drankje.

Lijkschouwer

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

Officier van justitie

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

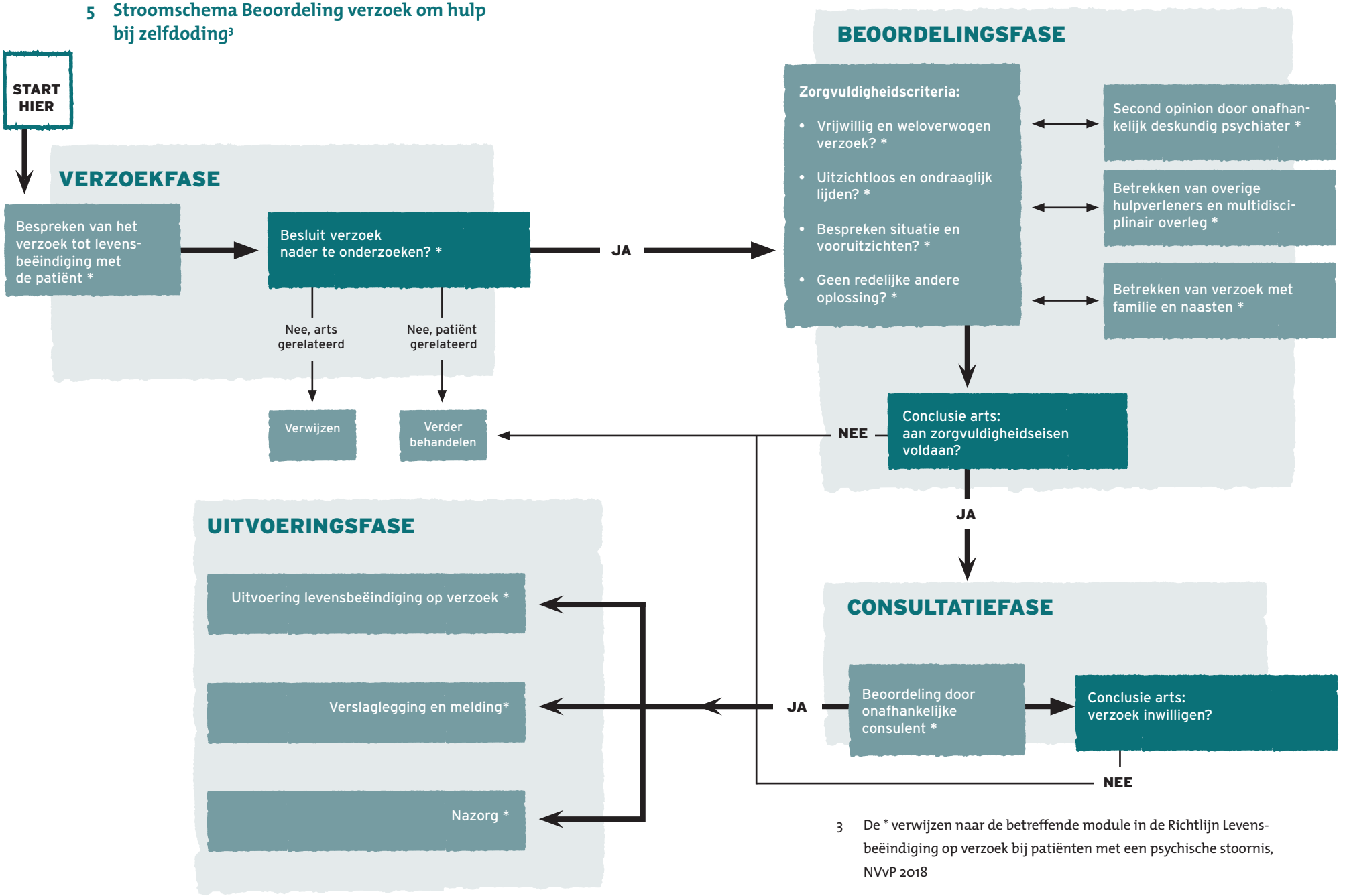
Regionale Toetsingscommissie

De lijkschouwer stuurt het dossier naar de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie. De toetsingscommissie (bestaande uit een arts, ethicus en jurist) beoordeelt of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Heeft de commissie nog vragen of behoefte aan nadere informatie, dan wordt de arts gevraagd een toelichting te geven. Binnen zes tot twaalf weken ontvangt de arts het oordeel. Deze termijn kan langer duren als de commissie een toelichting wil.
Als de toetsingscommissie oordeelt dat een arts heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen wordt daarmee de toetsing en beoordeling beëindigd. Komt de toetsingscommissie tot het oordeel dat de arts een of meerdere zorgvuldigheidseisen niet heeft nageleefd, dan wordt de melding doorgestuurd naar het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze instanties bekijken of zij het oordeel van de commissie delen en welke stappen zij zullen ondernemen.

Nazorg

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

5 Stroomschema Beoordeling verzoek om hulp bij zelfdoding[3]



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

6 Documenten

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

Handleiding voor het betrekken van de familie bij psychiatrische patiënten die om euthanasie verzoeken is verkrijgbaar via de NVVE. Stichting Euthanasie in de Psychiatrie heeft haar taken medio februari 2021 aan de NVVE overgedragen.

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

U KUNT CONTACT OPNEMEN MET DE NVVE VOOR

- informatie en deskundig advies over keuzes rond het levenseinde via het Adviescentrum van de NVVE, dat ook bemiddelt bij problemen. (Als het nodig is of gewenst, komt een consulent bij u thuis);
- de wilsverklaringen (zowel digitaal als op papier);
- het aanmelden voor de Spreekuren Wilsverklaringen die zowel telefonisch als op diverse locaties in heel Nederland worden gehouden. U kunt er met alle vragen over uw (ingevulde) wilsverklaringen terecht.

NVVE
T 020 620 0690
E info@nvve.nl
www.nvve.nl