

# Euthanasie bij psychiatrische patiënten<sup>I</sup>

*'Ik dwing niemand, ze dwingen mij wel'*

– Jeannette van Andel

RENÉE DEKKER, MICHÈLE VAN LOPIK & ANNA ZIJLSTRA

## SAMENVATTING

In dit artikel wordt onderzocht in hoeverre de huidige wetgeving problemen oplevert bij de inwilliging van euthanasieverzoeken door psychiatrische patiënten. Daartoe zal worden besproken welke zorgvuldigheidseisen extra aandacht behoeven in de beoordeling van een dergelijk euthanasieverzoek. Vervolgens zullen de ontwikkelingen en conflicten tussen het wettelijk kader en de praktijk worden besproken door middel van uitspraken van Toetsingscommissies, waarna ethische opvattingen worden besproken. Door middel van literatuúronderzoek en een interview met Jos Dute (lid van een Toetsingscommissie) en Jeannette van Andel (SCEN-arts) is getracht hier antwoord op te geven. Uit dit onderzoek blijkt geen sprake te zijn van problemen met de huidige wetgeving. Het is aan te bevelen dat men zich niet meer op eventuele hindernissen in de wettekst focust, maar dat aandacht wordt besteed aan een maatschappelijk debat. Waarom verzoeken psychiatrische patiënten om euthanasie? En waarom zien mensen met een psychiatrische aandoening de dood nog als enige oplossing?

Trefwoorden: psychiatrie, euthanasie, Wet Toetsing Levensbeëindiging, Regionale Toetsingscommissie, medische ethiek.

## INLEIDING

'De meesten kregen geen euthanasie, om 'allerlei redenen. Iemand was bijvoorbeeld nog maar twee jaar depressief of er waren nog veel behandelopties. Of mensen hadden alleen maar last van oor-suizen. Dat is natuurlijk heftig, maar is daar alles aan gedaan? Dat weet je dan niet', aldus ziekenhuispsychiater Casteelen, tevens werkzaam bij de levenseindekliniek (Mat, 2014).

Hoewel de Wet Toetsing Levensbeëindiging (hierna: WTL) er al sinds 2002 is, werden er tot 2008 geen zaken betreffende patiënten met een

psychische stoornis voorgelegd aan de Regionale Toetsingscommissies (hierna: RTE's). Vanaf 2008 hebben de eerste meldingen zich voorgedaan en lijkt euthanasie bij psychiatrische patiënten steeds meer maatschappelijk te zijn aanvaard (ZonMW, 2012). Inmiddels zijn de hoeveelheid meldingen opgeklimmen naar een aantal van 42 in 2013 (Kamerstukken II, 2013/14, 32647, 20).

Ondanks deze ontwikkelingen zijn nog lang niet alle dilemma's rondom euthanasieverzoeken van psychiatrische patiënten opgelost. Zo sprak Casteelen haar onzekerheden uit in een interview met

het NRC. 'Mijn angst is nog weleens dat je achteraf gaat denken: klopt het wel? Ik vraag mensen of ze het zeker weten, maar ik moet het zelf ook zeker weten.' Daarnaast bracht Casteelen ter sprake dat veel psychiaters huiverig zijn voor de richtlijn voor euthanasie in de psychiatrie (Mat, 2014).

De kern van een ander dilemma komt helder naar voren in een ander recent krantenartikel: 'Volgens de laatste analyses voldoet de euthanasiewet prima wanneer glashelder sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, maar schieten de regels tekort bij alles wat daar net buiten valt' (De Pré, 2014). Deze stelling lijkt naadloos aan te sluiten op onze hoofdvraag.

De hoofdvraag van dit onderzoek is dan ook: In hoeverre levert de huidige wetgeving problemen op bij de inwilliging van euthanasieverzoeken door psychiatrische patiënten? Daartoe zal eerst worden besproken welke zorgvuldigheidseisen extra aandacht behoeven in de beoordeling van een euthanasieverzoek bij psychiatrische patiënten. Vervolgens zullen de ontwikkelingen en de conflicten tussen het wettelijk kader en de praktijk worden besproken door middel van uitspraken van RTE's, waarna ethische opvattingen worden besproken.

Tot slot worden de belangrijkste conclusies samengevat en wordt een aanbeveling gedaan naar aanleiding van het onderzoek en de interviews met Jos Dute en Jeannette van Andel. Jos Dute is lid van de RTE Noord-Brabant en Limburg. Daarnaast is hij lid van het College voor de Rechten van de Mens en hoogleraar gezondheidsrecht bij de Universiteit Nijmegen. Jeannette van Andel is huisarts en heeft kort geleden haar werk als SCEN-arts neergelegd. Het neerleggen van haar werkzaamheden komt voort uit de toenemende druk en dwang vanuit patiënten en vakgenoten om in te stemmen met een verzoek tot euthanasie.

#### WETTELIJK KADER

##### *Zorgvuldigheidseisen die extra aandacht vereisen bij psychisch lijden*

'In een casus met psychiatrische problematiek moet de arts met name extra aandacht geven aan de eis van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, de eis van uitzichtloosheid van het lijden en aan de eis van het niet bestaan van een redelijke andere oplossing', aldus Minister Schippers (Kamerstukken II, 2014/15).

Levensbeëindiging op verzoek is in beginsel strafbaar op basis van artikel 293 Wetboek van Strafrecht (hierna: Sr) (Regionale Toetsingscommissies, 2012). Toch kan het inwilligen van een verzoek om levensbeëindiging een gerechtvaardigde keuze zijn wanneer een arts in een conflict van plichten verzeild raakt (Weyers, 2014). Zo is geen sprake van een strafbaar feit, wanneer een arts de wettelijke zorgvuldigheidseisen van artikel 2 lid 1 WTL zorgvuldig naleeft en het handelen heeft gemeld aan de gemeentelijke lijkschouwer. Maar hoe duidelijk zijn deze zorgvuldigheidseisen die volgens Minister Schippers 'extra aandacht' verdienen wanneer het om een psychiatrische patiënt gaat?

Het is wellicht merkwaardig te noemen dat dezelfde wettelijke vereisten gelden voor euthanasie bij psychiatrische patiënten als bij mensen die lijden aan somatische klachten (Mat, 2014). Immers, in vergelijking met lijden door somatische ziekte of aandoening is psychisch lijden veel diverser, complexer en subjectiever (Berwaerts, 2008). Daarom dient een verzoek om levensbeëindiging van een psychiatrische patiënt aan specifieke eisen te voldoen (ZonMW, 2012).

In 1994 werd in het Chabot-arrest bepaald dat uitsluitend psychisch lijden een grond kan zijn voor de levensbeëindiging op verzoek, maar dat in een dergelijk geval wel 'uitzonderlijk grote behoedzaamheid' is vereist. Deze extra voorwaarde van uitzonderlijk grote behoedzaamheid ziet op het met extra aandacht beoordelen van de bestaande zorgvuldigheidseisen uit de WTL (Legemaate, 2006). Bij psychiatrische patiënten zal deze behoedzaamheid voornamelijk betrekking hebben op de vrijwillig- en weloverwogenheid van het verzoek, de uitzichtloos- en ondraaglijkheid van het lijden en redelijke alternatieve behandelingen.

##### *Het vrijwillig en weloverwogen verzoek van de psychiatrische patiënt*

'Sommige psychiaters vinden dat mensen die lijden aan chronische depressiviteit of een zware vorm van autisme niet in staat zijn tot een weloverwogen verzoek. Het is voor hen per definitie onderdeel van het ziektebeeld', aldus Casteelen (Mat, 2014).

Het is voor een arts niet altijd even makkelijk vast te stellen of er sprake is van een vrijwillig en

weloverwogen verzoek indien een psychiatrische patiënt deze verricht. Zoals blijkt uit de *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis* (hierna: de Richtlijn) is de kans hierbij groot dat onbewuste, irrationale motieven, voortvloeiend uit onbewuste innerlijke conflicten een grote rol spelen (Tholen et al., 2009). Bij de beoordeling van deze zorgvuldigheidseis moet vast komen te staan dat het verzoek door de patiënt zelf is gedaan, het een vrijwillig verzoek is en het een weloverwogen verzoek betaamt (Regionale Toetsingscommissies, 2012).

Inzake het 'vrijwillige' verzoek wordt ook wel een onderscheid gemaakt tussen de zogenaamde 'interne- en externe vrijwilligheid'. De interne vrijwilligheid definieert het geestelijk vermogen van de patiënt om zijn wil vrij te bepalen (ZonMW, 2012). Hierbij mag het oordeelsvermogen van een patiënt niet worden beïnvloed door een psychiatrische ziekte of stoornis (Regionale Toetsingscommissies, 2012). De patiënt moet daarom wilsbekwaam zijn om alternatieve behandelingen te kunnen overwegen en daarnaast zijn huidige situatie, de prognoses en de gevolgen van zijn beslissing te kunnen overzien.

Van externe vrijwilligheid is sprake wanneer een patiënt zijn wil uit zonder dat daar druk of onaanvaardbare invloed van anderen aan vooraf is gegaan. Echter, zijn psychiatrische patiënten vaak afhankelijk van anderen vanwege hun psychologische kwetsbaarheid en sociale beperkingen (Tholen et al., 2009).

De patiënt moet tevens wilsbekwaam zijn om te spreken van een weloverwogen verzoek. Om te spreken van een weloverwogen verzoek moet een patiënt zodoende in staat zijn om een zorgvuldige afweging te maken op basis van volledige informatie, helder ziekte-inzicht hebben en consistent te zijn in de overwegingen (ZonMW, 2012). Dit lijkt in samenhang te zijn met de Richtlijn, aangezien daarin wordt aanbevolen dat aan de volgende criteria wordt voldaan voor een psychiater een besluit tot zelfdoding weloverwogen kan noemen:

1. De patiënt kiest duidelijk voor de dood.
2. De patiënt heeft een afweging gemaakt tussen enerzijds de keuze voor verder leven, eventueel met blijvende beperkingen als gevolg van zijn psychiatrische stoornis en anderzijds de keuze

voor zelfdoding. En hij moet deze keuze voor de dood binnen zijn intellectuele mogelijkheden kunnen beargumenteren.

3. Er is sprake van een duurzaam verlangen naar de dood. Van een duurzaam doodsverlangen is pas sprake als de patiënt minimaal enkele maanden het verzoek weloverwogen en tegenover derden onmiskenbaar heeft geuit.

Desondanks is de wilsbekwaamheid volgens anderen, zoals Casteelen, geen alles of niets-kwestie: 'Iemand die op allerlei terreinen niet zijn belangen kan behartigen, kan in deze kwestie wel goed en onderbouwd weten wat hij wilt' (Mat, 2014). Ook in de Richtlijn wordt vermeld dat situaties denkbaar zijn waarin de patiënt niet optimaal wilsbekwaam is, maar de psychiater toch overtuigd raakt van de ernst van de doodswens.

#### *Uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de psychiatrische patiënt*

'Als het gaat over het lijden, is betrokkene bijvoorbeeld duidelijk uitbehandeld als sprake is van een ziekte als kanker. Vaak is bij somatische ziekten duidelijk hoe ziektebeelden zich ontwikkelen, maar dat is bij psychiatrische ziekten veel moeilijker', aldus Dute.

Het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van een psychiatrische patiënt behoeft als zorgvuldigheidseis tevens extra aandacht. Het lijden van een psychiatrische patiënt wordt als uitzichtloos aangemerkt als sprake is van een ongeneeslijke ziekte of aandoening. De diagnose, ofwel de medische grondslag, dient volgens de wetsgeschiedenis een arts te overtuigen dat sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden (ZonMW, 2012).

Toch bestaat absolute onbehandelbaarheid vrijwel niet in de psychiatrie, behalve als dit lijden berust op een onomkeerbare hersenbeschadiging (Tholen et al., 2009). Daarom kan alleen gesproken worden van uitzichtloos lijden als er geen redelijk behandelperspectief meer bestaat en de symptomen niet meer kunnen worden verzacht door middel van redelijke en reële curatieve of palliatieve behandelingen (Regionale Toetsingscommissies, 2012). Hierbij dient ook een afweging te worden gemaakt tussen de verbetering die middels een behandeling nog kan worden bereikt en de belasting die zo'n behandeling voor de patiënt met

zich mee brengt. Bovendien dient een arts volgens de Richtlijn het geheel van normen, waarden en levensdoelen van de patiënt mee te nemen in de beoordeling.

De uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden hangen nauw met elkaar samen. Patiënten gebruiken de term 'uitzichtloos' namelijk ook wel om aan te geven het onaanvaardbaar te vinden dat het lijden niet meer kan worden verzacht (Regionale Toetsingscommissies, 2012). De Richtlijn omschrijft dat de ondraaglijkheid van onbehandelbaar, psychische lijden bepaald wordt door het vooruitzicht van levenslang lijden. Toch is het vaststellen van de ondraaglijkheid van het lijden complexer, aangezien lijden volgens de RTE een persoonlijke ervaring is en nooit volledig invoelbaar voor een arts (ZonMW, 2012). Bovendien verschilt het per patiënt welk lijden draaglijk of ondraaglijk is.

Factoren die een rol spelen bij het vaststellen van de ondraaglijkheid van lijden zijn: de actuele situatie, het toekomstperspectief, de fysieke en psychische draagkracht en de eigen persoonlijkheid. De RTE beoordeelt uiteindelijk of de ondraaglijkheid van het lijden voor de arts 'invoelbaar' is geweest. Om dit aannemelijk te maken, dient de arts aan te tonen dat hij zich in de situatie van de patiënt heeft verplaatst en begreep wat de symptomen van het lijden voor de patiënt in kwestie betekenden op basis van diens persoonlijkheid, biografie en psychiatrische geschiedenis. Daarnaast spelen de aard van het lijden, de duur en het karakter van de therapeutische relatie tevens een rol voor de invoelbaarheid van de arts (ZonMW, 2012).

De duurzaamheid speelt tot slot een grote rol in de beoordeling van de ondraaglijkheid van het lijden. Bij een wisselend karakter van een chronische, psychiatrische aandoening, kan het lijden als ondraaglijk worden beleefd door het vooruitzicht op een zoveelste terugval. In zo'n geval moet een verzoek worden beoordeeld wanneer de patiënt beter functioneert (Tholen et al., 2009). Bovendien is een continu karakter van de stoornis geen vereiste wanneer gebruik gemaakt wordt van een herhaalde evaluatie.

#### *Geen redelijke andere oplossing*

'Het probleem bij psychiatrische patiënten is dat er eigenlijk altijd wel wat te behandelen valt, maar

toch dient er uiteindelijk een streep te worden getrokken. De patiënt geeft meestal aan wanneer behandelen geen optie meer is', aldus Dute.

De WTL schrijft voor dat een arts samen met de patiënt tot de overtuiging moet komen dat er voor desbetreffende situatie geen redelijke andere oplossing meer geboden is. Deze zorgvuldigheidseis grenst volgens de Richtlijn dicht aan het reeds besproken 'uitzichtloos lijden', aangezien sprake is van uitzichtloos lijden wanneer er geen redelijk behandelperspectief meer is. Van een redelijk behandelperspectief kan volgens de RTE louter sprake zijn, mits voldaan is aan de volgende drie eisen zoals vermeld in de Richtlijn:

1. Er is zicht op verbetering bij adequate behandeling.
2. Binnen een overzienbare termijn.
3. Met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt.

De meerwaarde van deze zorgvuldigheidseis is dat zowel de arts als patiënt expliciet moeten afwegen of er nog behandelmogelijkheden zijn en of deze een reëel toekomstperspectief met zich meebrengen (Tholen et al., 2009). Maar een patiënt hoeft niet alle mogelijke behandelingen aan te grijpen. Wanneer de patiënt een alternatieve handeling weigert, wordt van de arts verwacht dat hij in zijn verslaglegging vermeldt waarom de alternatieve behandeling voor de patiënt in kwestie niet redelijk of onaanvaardbaar is (Regionale Toetsingscommissies, 2012).

#### DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES

##### *Het karakter van de toetsingscommissie*

Na een melding van euthanasie wordt het handelen van de arts getoetst aan de zorgvuldigheidseisen door één van de vijf RTE's. Elke RTE bestaat ten minste uit een arts, ethicus en een jurist die tevens voorzitter van de RTE is. De bijzonderheid van deze toetsing zit voornamelijk in het strafrechtelijke karakter. Oorspronkelijk werd dan ook door het Openbaar ministerie getoetst (Kamerstukken II, 1998/99, 26691, nr. 3). Door de regering is in 1996 besloten om de toetsing achteraf meer medisch-professioneel in te kleuren door de RTE's (Kamerstukken II 1996/97, 23877, nr. 13). Met de RTE's beoogde men bovendien het vertrouwen

in de meldingsprocedure toe te laten nemen en daardoor de bereidheid tot melden te vergroten. Dit zou tevens de rechtszekerheid voor patiënten en artsen bevorderen (Kamerstukken II, 1998/99, 26691, nr. 3).

Ter bevordering van diezelfde rechtszekerheid is het daarnaast van belang dat er overeenstemming bestaat over de wijze van de te beoordelen meldingen door de RTE's. Toch wordt gedacht dat RTE's soms teveel hun eigen gang gaan (ZonMW, 2012). Dit wordt zoveel mogelijk voorkomen door middel van periodiek overleg tussen de voorzitters van de commissies, in aanwezigheid van vertegenwoordigers van het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Kamerstukken II, 1998/99, 26691, nr. 3).

#### *De procedure van toetsing bij de regionale toetsingscommissie*

De procedure vangt aan met een melding door de arts aan de gemeentelijke lijkschouwer dat zijn patiënt aan een niet-natuurlijke dood is gestorven. Hierbij dient een arts een verslag-model te hantieren om de melding inzichtelijk te maken (Kamerstukken II, 1998/99, 26691, nr. 3). Hierin moet hij bijvoorbeeld motiveren waarom er naar zijn mening aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Vervolgens stelt de gemeentelijk lijkschouwer een RTE op de hoogte over de euthanasie. Doorgaans moet de RTE binnen zes weken na ontvangst van het verslag een oordeel vormen. Deze termijn kan eenmalig, voor ten hoogste zes weken, worden verlengd. Wanneer de RTE uiteindelijk tot een onzorgvuldig oordeel komt, is zij verplicht de melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Openbaar Ministerie over te dragen. Een onzorgvuldig oordeel impliceert immers dat de bijzondere strafuitsluitingsgrond van art. 293 lid 2 Sr niet zonder meer van toepassing is (Kamerstukken II, 1998/99, 26691, nr. 3).

Door het toegenomen aantal meldingen bleken RTE's zich voorheen niet altijd aan deze termijn te kunnen houden (ZonMW, 2012). Ter voorkoming van verder overschrijding van de maximale verwerkingstijd wordt daarom sinds de vernieuwde procedure onderscheid gemaakt tussen vraag- en niet-vraagoproepende meldingen. Meldingen van euthanasie bij psychiatrische patiënten zijn per de-

finitie vragen oproepende meldingen. Dit betekent dat deze meldingen altijd in de vergadering van de RTE zullen worden behandeld.

Niet-vraagoproepende meldingen worden in de vernieuwde procedure zoveel mogelijk digitaal afgehandeld (Regionale Toetsingscommissies, 2012). Doorgaans zijn bij deze meldingen de wettelijke zorgvuldigheidseisen niet geschonden en is de informatie zo volledig dat deze geen vragen oproept. Wanneer één van de commissieleden wel vragen heeft over de melding, wordt deze alsnog behandeld in één van de twaalf jaarlijkse vergaderingen.

#### *Extra behoedzaamheid*

De beoordeling van een melding inzake euthanasie bij een psychiatrische patiënt door de RTE vraagt om extra behoedzaamheid, zoals voortvloeit uit het eerder besproken Chabot-arrest (ZonMW, 2012). In de Wetsevaluatie wordt teruggeblikt op het jaarverslag 2008 van de RTE's waarin de genoemde behoedzaamheid wordt gedefinieerd als het geven van 'extra aandacht' aan de vrijwilligheid van het verzoek en de wilsbekwaamheid van de patiënt. Vervolgens wordt ingegaan op het jaarverslag 2009 waarin de RTE's aanhalen dat artsen er bij de beoordeling ook moeten meewegen of de patiënt relevante informatie kan bevatten, ziekte-inzicht heeft en consistente overwegingen gebruikt.

Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van een patiënt, beveelt de Richtlijn aan om naast het advies van de onafhankelijk consulent tevens het advies van een psychiater in te winnen (ZonMW, 2012). Richtlijnen dienen over het algemeen als interactie tussen regels uit de wet enerzijds en normen vanuit de beroepsgroep anderzijds (Tholen et al., 2009). Hoewel het volgens Dute makkelijker zou zijn om bij de beoordeling 'hard, fast rules' te hanteren, is dit volgens hem onmogelijk. Artsen dienen een inschatting te maken op het moment van een verzoek en dit is afhankelijk van de persoonlijke situatie van de patiënt.

Toch hechten RTE's veel waarde aan de Richtlijn, zoals blijkt uit het jaarverslag 2009: 'Inzake de zorgvuldige uitvoering is van groot belang om naast de onafhankelijke consulent een of meer deskundigen, onder wie een psychiater te raadplegen.' Daarnaast blijkt dit uit een recente, als onzorgvuldig beoordeelde, uitspraak over de levenseindekli-

niek. Deze casus betrof een vrouw die circa 30 jaar lang last had van depressies. Bij het uitblijven van resultaat van de behandelingen zag zij van verdere behandeling af en deed een verzoek om euthanasie. De betreffende arts had niet overwogen een tweede deskundige naast de SCEN-consulent te raadplegen, omdat hij niet bekend zou zijn met de Richtlijn. Hij beschouwde een depressie als een chronische ziekte en vond het daarom niet nodig een extra consulent-psychiater te raadplegen. In de beoordeling benadrukte de RTE dat het van groot belang is om in overeenstemming met de Richtlijn te handelen om een deskundig oordeel te verkrijgen over de wilsbekwaamheid en de uitzichtloosheid. Daarbij acht de RTE Bijzondere deskundigheid tevens noodzakelijk om te kunnen bepalen of er nog alternatieve behandelmogelijkheden zijn (RTE uitspraak 2012, 1).

Het jaarverslag 2012 van de RTE beschrijft een casus waarbij de duurzaamheid van het uitzichtloos en ondraaglijk lijden aan de orde kwam. Het betrof hier een patiënt die volgens de arts ondanks haar chronische waanstoornis en depressieve episodes goed in staat was om te spreken over haar ziekte, alle behandelingen die zij had ondergaan en over haar vele zelfdodingspogingen. Ook hier legde de RTE de nadruk op het raadplegen van een onafhankelijk psychiatrisch deskundige. De arts had zich uitgebreid laten informeren door zowel de psychiater van de instelling waar patiënt werd behandeld als door haar huisarts. Daarnaast had hij kennis genomen van een second opinion over de situatie van de patiënt die een jaar voor het overlijden was aangevraagd. Echter, de arts had geen onafhankelijk psychiater geraadpleegd, zoals in de Richtlijn staat beschreven. Weliswaar kon volgens de RTE worden volstaan met kennisneming van de second opinion en de informatie die de arts had verkregen over de patiënt van de behandelend psychiater. Opvallend is dat ook hier het belang van handelen conform de Richtlijn uitdrukkelijk wordt benadrukt (Regionale Toetsingscommissies, 2012).

Om terughoudendheid bij het inwilligen van een dergelijk euthanasie verzoek onder psychiaters tegen te gaan, is vanuit de literatuur kritiek geuit over de procedure die voortvloeit uit de Richtlijn. Zo bepleit Polak een lichtere procedure, omdat de consultatie door twee onafhankelijke artsen volgens hem weinig toegevoegde waarde heeft en on-

nodig belastend is voor de patiënt (ZonMW, 2012). De behandelend arts zou zelf moeten beoordelen of de consultatie nodig is wanneer sprake is van een lange arts-patiënt relatie. Deze lichtere procedure is overwegend kritisch ontvangen. Wel is beaamd dat in veel gevallen met consultatie van één onafhankelijke arts zou kunnen worden volstaan (ZonMW, 2012). Deze lijn wordt echter nog niet door de RTE's gevolgd. De invoering van deze lichtere procedure lijkt ook minder relevant nu de beroepsgroep tegenwoordig de breed gedragen opvatting hanteert dat euthanasie voor psychiatrische patiënten toegankelijker dient te zijn (De Boer & Oei, 2011).

#### ONTWIKKELINGEN

##### *Afnemende terughoudendheid onder psychiaters*

Hoewel het inwilligen van een verzoek om euthanasie tot 2008 extreem uitzonderlijk was wanneer het om een psychiatrische patiënt ging, is de afgelopen paar jaar een stijging te zien in het aantal meldingen (De Boer & Oei, 2011). Deze toename zou volgens Dute verklaard kunnen worden door de extra zorgvuldige opstelling van de RTE's. De wettelijke zorgvuldigheidseisen worden steeds verder 'ingevuld' en uitgewerkt (ZonMW, 2012). De belangrijkste bron van informatie over de ontwikkelende opvattingen kan men vinden in de jurisprudentie van de RTE's (ZonMW, 2012). Zo wordt ingegaan op de wijze waarop de RTE's aan de zorgvuldigheidscriteria hebben getoetst, hetgeen vertrouwen en zekerheid schept voor artsen. Daarnaast draagt het bij aan het maatschappelijk inzicht, waardoor de aanvankelijke terughoudendheid onder professionals en de RTE's de afgelopen paar jaar plaats lijkt te maken voor een wat ruimere visie (ZonMW, 2012).

##### *Maatschappelijke ontwikkelingen*

Het stijgend aantal meldingen van euthanasie onder psychiatrische patiënten kan mogelijk worden verklaard door een ruimer gehanteerde opvatting onder de RTE's, de beroepsgroep en de maatschappij. Volgens Van Andel komt dit ook wel doordat mensen meer grip willen hebben op het verloop van hun eigen leven en het ideaalbeeld binnen onze maatschappij dat men jong, sterk en onafhankelijk moet zijn. Middels open normen biedt de wet ruimte bij de beoordeling van een verzoek.

Van Andel is van mening dat een gevaar bestaat dat deze ruimte door de maatschappij te ver wordt opgerekt. 'Zolang we ons niet afvragen waarom patiënten een verzoek om euthanasie doen, zullen er steeds meer verzoeken om euthanasie worden gedaan.'

Van Andel beaamt daarnaast dat de maatschappij over het algemeen niet weet wat ze aan moeten met een psychiatrisch patiënt. Zo zijn er veel patiënten in een psychiatrische instelling die nauwelijks bezoek krijgen en hebben psychiaters weinig tijd. Dit brengt mee dat sommige patiënten aan hun lot worden overgelaten, omdat ze onvoldoende hulp en ondersteuning krijgen. Zodoende worden patiënten mogelijk gedreven tot een verzoek om euthanasie. De discussie over euthanasie bij psychiatrische patiënten dient wellicht meer gericht te worden op zaken als hulp en ondersteuning. De maatschappij lijkt echter een bepaalde druk op de betrokken artsen te leggen. Van Andel verwoordde dit als volgt: 'Ik dwing niemand, ze dwingen mij wel.'

#### MEDISCH-ETHISCHE OPVATTINGEN

##### *Het zelfbeschikkingsrecht*

Met de patiënt als middelpunt binnen de gezondheidszorg berust het gezondheidsrecht enerzijds op 'het recht op gezondheidszorg' en anderzijds op 'het zelfbeschikkingsrecht'. Het zelfbeschikkingsrecht is te definiëren als: 'het recht als mens om zelf te bepalen wie je bent' (Hendriks, 2013). Het zelfbeschikkingsrecht is niet onbeperkt. Er moet altijd rekening gehouden worden met de samenleving en kan niet ten koste gaan van de zelfbeschikking van anderen (Weyers, 2013). Bij het bepalen van grenzen van het zelfbeschikkingsrecht komt het beschermingsbeginsel tot uiting. Dit beginsel hangt nauw samen met het ethische principe van wel doen of niet-schaden. Het zelfbeschikkingsrecht en het beschermingsbeginsel kunnen conflicteren, waardoor een afweging gemaakt moet worden tussen het eigen belang en het belang van anderen (Leenen, 2011).

Eerbied voor het leven betekent niet dat men zich mag bemoeien met zaken die slechts het individu en zijn geweten aangaan en het zelfbeschikkingsrecht mag niet beperkt worden door grondrechten (Weyers, 2013). De mens heeft recht op leven, zoals

volgt uit de Grondwet en de overheid heeft als taak dit recht te beschermen. Volgens Leenen, die gezien kan worden als een van de grondleggers van het gezondheidsrecht, heeft de mens het recht om zelf te beschikken over zijn eigen leven en dood. De wetgever dient het zelfbeschikkingsrecht te erkennen en niet meer te belemmeren dan strikt noodzakelijk. Het onthouden van gevraagde euthanasie beschouwt Leenen als even grote dwang op de mens wanneer onvrijwillige euthanasie toegestaan wordt. Immers, een mens mag niet gedwongen worden om te lijden (Weyers, 2013).

##### *Autonomie van de patiënt*

Zoals eerder besproken bestaat voor patiënten geen recht op euthanasie (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2014). Er zal een keuze gemaakt moeten worden tussen de wens van een autonome patiënt en het op ethische wijze respecteren van deze wens, tegenover de plicht en het recht op concrete zorg. Het gaat bij euthanasie immers niet alleen om zeggenschap over het eigen leven bij ondraaglijk lijden, maar ook over 'goed handelen' binnen de relatie van arts en patiënt (Kamerstukken II, 2013/14, 32647, nr. 19). Van Andel verwoordde haar mening hieromtrent als volgt: 'Je kunt geen recht hebben op iets wat een ander niet kan. Je hebt altijd hulp nodig van iemand en je kunt iemand niet dwingen een strafbaar feit te plegen.'

Daarnaast kan men zich afvragen hoever de autonomie van de patiënt reikt en in hoeverre een psychiatrisch patiënt in staat is een autonome keuze te maken. Wanneer men er vanuit gaat dat een autonome keuze rationeel, weloverwogen en vrij is, kan dit bij psychiatrische patiënten alsnog zijn aangetast, waardoor het lastig is om een keuze als rationeel te beschouwen.

##### *Bezwaren met betrekking tot euthanasie*

*Slippery-slope* is een veel gebruikt argument door tegenstanders van euthanasie. De erkenning van euthanasie zou volgens hen leiden tot het afglijden in de richting van ongevraagde levensbeëindiging. Het zelfbeschikkingsrecht wordt verdrongen door barmhartigheid. Hierdoor verschuift het verzoek van de patiënt naar wat anderen in het belang van de patiënt wenselijk achten. Deze barmhartigheid

wordt ook wel *mercy killing* genoemd (Molenaar-Geurtsen, 2000). Daarnaast vragen tegenstanders zich af in hoeverre het mogelijk is voor een ernstig zieke een vrije beslissing tot euthanasie te nemen (Leenen, 2011).

‘Als huisarts leg je de eed af en beloof je de patiënt te helpen, maar soms wilt een patiënt alleen geholpen worden met de dood. Om dan nog ‘nee’ te zeggen, wordt steeds moeilijker’ (Bakker & Van den Brink, 2014).

Binnen de beroepsgroep zijn twee groepen te onderscheiden met uiteenlopende opvattingen. De eerste groep kenmerkt zich door het feit dat in sommige gevallen sprake kan zijn van medisch-ethisch handelen en de andere groep wijst dit principieel af met betrekking tot psychiatrische patiënten (Tholen et al., 2009). Volgens de eerste groep is het in sommige gevallen mogelijk om een euthanasieverzoek van een psychiatrisch patiënt in te willigen, maar er dient wel uiterst behoedzaam mee om worden gegaan (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2014). Categorische afwijzing betekent volgens hen een miskenning van de autonomie van psychiatrische patiënten en de strekking van de Euthanasiewet (De Boer & Oei, 2011). Voor de laatste groep is er geen sprake van een louter persoonlijke gewetenskwesie en ook geen ethische code, zoals het beroepsgeheim. Deze groep hulpverleners is principieel tegen euthanasie, omdat volgens hen bij psychiatrische patiënten nooit overtuigend is vast te stellen of de doodswens weloverwogen is, of dat deze voortvloeit uit onderliggende pathologie. Daarnaast bestaat er geen volledige zekerheid over het beloop van psychiatrische stoornissen, hetgeen volgens hen betekent dat er nooit sprake kan zijn van uitzichtloosheid (Tholen et al., 2009).

‘Dat artsen niet verplicht zijn om mensen op hun verzoek dood te maken, vind ik wel goed. Je zult artsen die ruimte ook moeten gunnen als een arts vanuit principiële redenen het niet kan of als een arts het emotioneel niet aankan’, aldus Dute.

Wanneer iemand lichamelijk gezond is, voelt men haast intuïtief verzet tegen het doden van een persoon, zelfs wanneer deze hier zelf om vraagt (Berwaerts, 2009). Op dit punt ontstaan de conflicten tussen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en het beschermingsbeginsel. Men kan zich

afvragen in hoeverre de opvatting deugt dat een patiënt wel in staat geacht wordt om al dan niet in te stemmen met een behandeling, eventueel met de dood tot gevolg, maar dat zij niet in staat worden gezien hun wil te bepalen met betrekking tot een verzoek om euthanasie (Leenen, 2011). Anderzijds zou wetgeving ter versimpeling van het proces van het inwilligen van een verzoek ertoe kunnen leiden dat psychiatrische patiënten eerder de hoop opgeven. Verder kan men zich afvragen of een dergelijke versimpeling van het proces zou moeten gelden voor alle psychiatrische patiënten of dat de vereenvoudigde procedure beperkt moet blijven tot bepaalde stoornissen (Berwaerts, 2009). Vanwege de subjectiviteit van lijden en de grote diversiteit van de aandoeningen lijkt de discussie rond euthanasie nooit helemaal te eindigen.

#### *Omgaan met een verzoek*

Niemand heeft een morele, noch juridische plicht om te voldoen aan een verzoek om euthanasie, maar ieder verzoek moet wel serieus worden genomen (Molenaar-Geurtsen, 2000). Indien een psychiater, om wat voor reden dan ook, weigert mee te werken aan een verzoek van een psychiatrisch patiënt, dient hij hierover openheid te betrachten. Daarentegen is het niet de bedoeling dat de hulpverlener zijn morele opvatting aan de patiënt oplegt. Een onbehoorlijke morele beïnvloeding is in strijd met het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt (Leenen, 2011). Hoewel er voor de arts geen verwijsplicht bestaat, zal de gewetensbezwaar hebbende arts wel enige hulp moeten bieden door middel van het verstrekken van informatie en de patiënt in de gelegenheid moeten stellen om met een welwillende arts in contact te treden (Molenaar-Geurtsen, 2000).

Desondanks zal een verzoek tot euthanasie niet voor iedere patiënt ingewilligd worden. Daarom is het van groot belang dat een psychiatrische patiënt gedurende zijn behandeling voorlichting krijgt over andere mogelijke behandelopties. Voor diegene waarvoor er ook geen alternatieve behandelingen meer zijn, is emotionele begeleiding geweest.

#### CONCLUSIE

‘In principe zie ik geen probleem in de euthanasiewet voor psychiatrische patiënten. Sommige wet-



telijke vereisten zijn gewoon lastiger vast te stellen dan bij patiënten met somatische klachten en verdienen daarom extra aandacht. Maar daarbij is de Richtlijn gelukkig wel veel specifiekere dan die voor somatische situaties.'

Bovenstaande visies van Dute en Van Andel lijken in grote lijnen antwoord te geven op de hoofdvraag, ondanks hun verschillende posities in de praktijk. Na dit onderzoek blijkt geen sprake te zijn van problemen met de huidige wetgeving bij het inwilligen van verzoeken om euthanasie bij psychiatrische patiënten. Psychisch lijden is subjectief en door de grote diversiteit vele malen complexer dan lichamelijk lijden, maar een oplossing zal men niet in de wettekst vinden.

Voorafgaande aan het onderzoek was het uitgangspunt dat het inwilligen van een verzoek om euthanasie erg lastig zou zijn voor een psychiatrische patiënt en dat artsen druk zouden ervaren door de vage zorgvuldigheidseisen. Achteraf is gebleken dat sommige artsen het gevoel hebben door maatschappelijke opvattingen onder druk te staan. Opvallend was de conclusie over de geconstateerde ontwikkelingen die in de Wetsevaluatie van 2012 over de Euthanasiewet stond: Er lijkt een minder strakke lijn te zijn ingezet omtrent het beleid van de RTE's, de maatschappelijke opvattingen en meningen binnen de beroepsgroep hetgeen een toename van het jaarlijkse aantal meldingen mogelijk verklaart.

Om die reden is het aan te bevelen dat men zich niet meer op eventuele hindernissen in de wettekst focust, maar dat de aandacht wordt gericht op vragen als: waarom verzoeken psychiatrische patiënten om euthanasie? En waarom zien mensen met een psychiatrische aandoening de dood nog als enige oplossing? Dit sluit enigszins aan bij de visie van Van Andel, die de eerder besproken stijgende lijn in het aantal ingewilligde verzoeken van psychiatrische patiënten als problematisch bestempelt. Immers, ondanks de complexiteit hiervan lijkt een euthanasieverzoek door een psychiatrische patiënt binnen onze maatschappij steeds meer te worden aanvaard nu duidelijk is dat psychisch lijden niet altijd te verhelpen is.

RTE's lijken in hun oordelen steeds meer mee te gaan met deze maatschappelijke opvattingen. Daarom dient overwogen te worden of wellicht een

aparte *code of practice* wenselijk is voor de RTE's. Een dergelijke code wordt tevens in de Wetsevaluatie van de Euthanasiewet 2012 aanbevolen. Deze zou een actueel overzicht van de strekking en interpretatie van de zorgvuldigheidseisen moeten geven.

Om tot slot te onderzoeken of werkelijk sprake is van een problematische ontwikkeling, verdient het wat ons betreft een maatschappelijk debat om te onderzoeken of er wellicht sprake is van een eerdergenoemd *slippery slope*-effect, wat de oorzaak zou kunnen zijn van deze stijging en of een getal van jaarlijks 42 ingewilligde verzoeken van psychiatrische patiënten überhaupt problematisch te noemen is. Wij sluiten ons dan ook aan bij de woorden van Van Andel in dit opzicht, die weinig aan de verbeelding overlieten: 'Ook de commissies gaan mee met de maatschappij en zij worden steeds ruimer in de beoordeling. Ik denk alleen dat er steeds meer verzoeken zullen komen, zolang we ons niet afvragen waarom mensen erom vragen.'

#### NOTEN

1. Dit is een bewerkte versie van een paper geschreven ten behoeve van het vak *rechtsvragen rondom begin en einde van het leven*, gegeven aan de Universiteit van Amsterdam onder leiding van prof. dr. J. Legemaate.

#### LITERATUUR

- Bakker, N., & Brink, T. van den (2014). De dokter en de doodswens. [Televisie documentaire aflevering] In *Dit is de Dag Reportage*. Evangelische Omroep.
- Berwaerts, F. (2009). Autonomie en euthanasie bij psychisch lijden. *Psychopraxis*, 3, 99-104.
- Boer, A.P. de, & Oei, T.I. (2011). Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: Stand van zaken en bespreking van een recente casus. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 8, 543-550.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (1996). *Evaluatieonderzoek: Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde; de praktijk van de meldingsprocedure*. Den Haag: CBS.
- Hendriks, A.C. (2013). *Thematische wetsevaluatie zelfbeschikking in de zorg*. Den Haag: ZonMw.
- Hoge Raad 21 juni 1994, NJ 1994, 656, r.o. 6.3.1. (Chabot)

- Kamerstukken II 1996/97, 23877, nr. 13.  
 Kamerstukken II 1998/99, 26691, nr. 3, (MvT).  
 Kamerstukken II 2013/14, 32 647, nr. 19.  
 Kamerstukken II 2013/14, 32647, nr. 20.  
 Kamerstukken II 2014/15, Antwoord vragen van het lid Arib over euthanasie bij mensen met een psychiatrische aandoening.  
 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2014). *Factsheet KNMG euthanasie bij psychiatrie*. Utrecht: KNMG.  
 Leenen, H.J.J., Gevers J.K.M., & Leegemate J. (2011). *Handboek Gezondheidsrecht Deel 1*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.  
 Legemaate, J. (2006). *Medisch handelen rond het levenseinde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.  
 Mat, J. (2014, 11 januari). Wat draaglijk is voor de een is dat voor de ander niet. *NRC Weekend*. pp. 18, 19. Geraadpleegd op 15 mei 2014 via <http://www.nrc.nl>.  
 Molenaar-Geurtsen, H.G., et al, (2000). *Op de grens van leven en dood*. Houten: Den Hertog.  
 Pré, R. de (2014, 17 april). Rutte I en II hebben het euthanasiedebat te lang aan zich voorbij laten gaan. *Volkskrant*. Geraadpleegd op 9 mei 2014 via <http://www.volkskrant.nl>.  
 Regionale toetsingscommissies euthanasie. (2012). *Jaarverslag 2012*. Den Haag: De Swart.  
 Regionale toetsingscommissies euthanasie. (2009). *Jaarverslag 2009*. Den Haag: De Swart.  
 Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J. Nolen, W.A., Polak, F., & Scherders, M.J.W.T. (2009). *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.  
 Uitspraak Regionale toetsingscommissie 2014, nr. 1.  
 Uitspraak Regionale toetsingscommissie 2011, nr. 124658.  
 Weyers, H. (2013). Henk Leenen: Peetvader van het Nederlandse gezondheidsrecht. *Recht der Werkelijkheid*, 3, 100-120.  
 Weyers, H. (2004). *Euthanasie het proces van rechtsverandering*. Amsterdam: Amsterdam University Press.  
 ZonMw. (2012). *Tweede Wetsevaluatie: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw.

## PERSONALIA

Renée Dekker, Michèle van Lopik en Anna Zijlstra zijn studenten van de Master Publiekrecht: Gezondheidsrecht aan de Universiteit van Amsterdam. Correspondentieadres: auteurs.artikeleuthanasie@gmail.com