




Euthanasie in de psychiatrie



Euthanasie in de psychiatrie

Brochure voor artsen



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

Eerste druk: april 2017

Redactie: Marleen Peters
Vormgeving: Kees Wagenaars, Breda

ISBN: 978-94-92174-03-1

© NVVE, Amsterdam 2017
Gedeeltelijke overname is toegestaan met bronvermelding
en kennisgeving aan de NVVE



Inhoud

1	Inleiding	5
2	Aandachtspunten bij euthanasieverzoek	7
	- Het gesprek	
	- Het traject	
	- Familieparticipatie	
	- Schriftelijke wilsverklaring	
	- Instellingsbeleid	
	- Gewetensbezwaar	
	- Verwijzen	
3	Zorgvuldigheidseisen	11
	- Vrijwillig en weloverwogen verzoek	
	- Ondraaglijk en uitzichtloos lijden	
	- Voorlichting aan de patiënt	
	- Geen redelijke andere oplossing	
	- Onafhankelijke arts	
	- Medisch zorgvuldige uitvoering	
4	Betrokken professionals	20
	- Verpleegkundigen en verzorgenden	
	- Apotheker	
	- Lijkschouwer	
	- SCEN-arts	
	- Steungroep Psychiaters	
	- Consulent euthanasie Levenseindekliniek	
	- Toetsingscommissie	
5	Stappenplan uitvoering	24
6	Casuïstiek	27
7	Informatie	33

1 Inleiding

Sinds 2002 kent Nederland de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl), kortweg euthanasiewet. De euthanasiewet formuleert de voorwaarden waaronder artsen euthanasie mogen toepassen of hulp bij zelfdoding' mogen verlenen. In 2004 heeft de NVvP de 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' uitgebracht. Deze richtlijn is in 2009 herzien en binnenkort wordt opnieuw een herziening verwacht.

Het is een hardnekkig misverstand dat een patiënt terminaal moet zijn om voor euthanasie in aanmerking te komen. De euthanasiewet zegt niets over de levensverwachting van de patiënt. Ook een euthanasieverzoek van een patiënt met een psychiatrische aandoening, die nog vele jaren zou kunnen leven, kan worden gehonoreerd. Centraal staat dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen is en het lijden ondraaglijk en uitzichtloos.

Hoewel artsen terughoudend zijn in het verlenen van euthanasie aan patiënten met een psychiatrische ziekte, neemt het aantal meldingen in de afgelopen jaren toe. Het lijkt erop dat artsen meer dan vroeger onderkennen dat er voor patiënten met een psychiatrische aandoening geen (reële) behandel mogelijkheden meer kunnen zijn en zij ondraaglijk en uitzichtloos kunnen lijden. Euthanasie is dan binnen de kaders van de wet gerechtvaardigd.

In 2015 waren er 56 meldingen van euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening. In 2014 en 2013 waren dit er respectievelijk 41 en 42. Van deze 56 meldingen was in 25 gevallen de meldend arts een psychiater en in zestien gevallen een huisarts. Vier maal verleende een specialist ouderengeneeskunde euthanasie, in twee gevallen een medisch specialist en negen keer een andere arts. In 33 van de 56 gevallen werd euthanasie uitgevoerd door een arts verbonden aan de Levenseindekliniek.

Voor artsen is het toetsen van het verzoek van een psychiatrische patiënt aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen complexer dan bij een somatische ziekte zoals kanker. Bij een euthanasieverzoek, voortkomend uit psychisch lijden, wordt daarom extra behoedzaamheid gevraagd. Deze brochure is geschreven om meer duidelijkheid te verschaffen over de zorgvuldigheidseisen, de afwegingen die de arts moet maken, het proces en de uitvoering van euthanasie in de psychiatrie.

- 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 Aandachtspunten bij euthanasieverzoek

Het gesprek

Vanaf het moment dat de patiënt een euthanasieverzoek doet, zal de arts daarover met de patiënt in gesprek moeten gaan. Neem het euthanasieverzoek altijd serieus en verken de wanhoopt, motieven en de achtergrond van het verzoek. Zorg tijdens het gehele proces voor een goede verslaglegging in het medisch dossier.

VOORBEELD VRAGEN AAN DE PATIËNT

- Waarom wilt u dood?
- Waaruit bestaat uw lijden?
- Waarom is dit lijden voor u ondraaglijk?
- Wat is uw (medische) geschiedenis?
- Wanneer ontstond de wens het leven te beëindigen?
- Hoe zijn de contacten met uw familie?
- Vindt u zichzelf een last voor uw omgeving en waarom?
- Heeft u suïcidale gedachten?
- Hoe stelt u zich het levenseinde voor?
- Is er iets dat u weer levensperspectief zou kunnen bieden?

Maak de patiënt duidelijk dat in deze fase van het traject geen toezegging voor euthanasie kan worden gedaan. Eerst zal onderzocht moeten worden of kan worden voldaan aan alle wettelijke zorgvuldigheidscriteria.

Ervaring leert dat het bespreekbaar maken van de doodswens de patiënt rust geeft. Ook kan erkenning van de doodswens ruimte geven om nog mogelijke reële behandelingen te ondergaan. Niet zelden leidt alleen al het feit dat de patiënt gehoord wordt tot uitstel van de euthanasiewens en soms zelfs tot afstel.

Het traject

Schep in een vroeg stadium duidelijkheid over het proces dat arts en patiënt samen dienen te doorlopen alvorens definitief

besloten kan worden over het verzoek om euthanasie. Arts en patiënt gaan gezamenlijk een traject in, waarin de zorgvuldigheidseisen worden onderzocht. Vooraf worden afspraken gemaakt over de wederzijdse inspanningen die zullen worden geleverd. Het is belangrijk dat de patiënt zich goed bewust is van deze inspanningsverplichting, vooral wat betreft de medewerking aan bijvoorbeeld nog redelijke behandelmogelijkheden. Maak de patiënt duidelijk dat het tijd vraagt om een oordeel te vormen over de euthanasievraag en te komen tot een zorgvuldige afweging. Hoe lang het traject duurt is vooraf niet te zeggen, maar het zal minimaal enkele maanden duren om tot een zorgvuldig oordeel te komen.

Familieparticipatie

Hoewel het geen wettelijke vereiste is om de familie bij een euthanasieverzoek te betrekken en de familie ook niet hoeft in te stemmen met euthanasie, is dit wel heel wenselijk. Praat daarom al in een vroeg stadium met de patiënt over het betrekken van de familie bij de gesprekken over de euthanasiewens. Behalve dat familieleden de arts meer duidelijkheid kunnen geven over de achtergrond en consistentie van het euthanasieverzoek, zorgt familieparticipatie ook voor begrip en acceptatie bij de naasten. Zo wordt ook voorkomen dat zij plotseling worden geconfronteerd met de dood van een dierbare en met grote vragen achterblijven.

Voor het betrekken van de familie bij de behandeling is toestemming van de patiënt vereist. Als de patiënt niet instemt met familieparticipatie is het belangrijk de reden te achterhalen. Niet zelden is de reden een verstoorde familierelatie, schuldgevoel, de patiënt wil zijn familie er niet mee belasten of is bang dat ze euthanasie zullen tegenhouden. Probeer de weerstand weg te nemen door bijvoorbeeld te wijzen op het belang van het gezamenlijk afleggen van het traject en de gevolgen voor de familie als zij er niet bij worden betrokken.

Wanneer de patiënt is getraumatiseerd door toedoen van de familie, kan in redelijkheid niet worden verwacht dat de patiënt instemt met het betrekken van de familie bij de euthanasievraag.

Als de patiënt familieparticipatie afwijst, laat hem dit dan op papier zetten, zodat de verklaring aan de familie kan worden overlegd als zij de arts of instelling hier later op aanspreekt.

Schriftelijke wilsverklaring

Een schriftelijke wilsverklaring is geen wettelijk vereiste om euthanasie te mogen verlenen. De wilsverklaring geeft de patiënt ook geen garantie dat euthanasie wordt verleend. Maar hoe dan ook is het een belangrijk document. De verklaring kan de arts, de consulent en de toetsingscommissie meer duidelijkheid geven over de redenen van het verzoek om levensbeëindiging. Hoe concreter het schriftelijke verzoek is, hoe meer aanknopingspunten het zal bieden voor de besluitvorming. In deze wilsverklaring kan door de patiënt duidelijk worden omschreven wat het leven voor hem of haar ondraaglijk en uitzichtloos maakt. 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.

De wet stelt niet dat een eenmaal opgestelde schriftelijke wilsverklaring een bepaalde geldigheidsduur heeft of op gezette tijden moet worden geactualiseerd. Toch zal er meer waarde worden gehecht aan een wilsverklaring die is geactualiseerd of tijdens gesprekken met de arts mondeling is herbevestigd, dan wanneer dit niet is gebeurd.

Instellingsbeleid

In een instelling is het beleid rond euthanasie vrijwel altijd vastgelegd in een protocol. Hierin staat omschreven wat de procedure is bij een euthanasieverzoek en wat in het kader van goede zorgverlening van de betrokken zorgverleners wordt verwacht. In deze setting zijn veelal meerdere professionals betrokken bij het zorgproces rond de patiënt, zoals verpleegkundigen, verzorgenden, psychologen en geestelijk verzorgers. Informatie van deze zorgverleners kan met name van groot belang zijn voor de inschatting door de arts van de toestand van de patiënt en de consistentie van het euthanasieverzoek. Vaak is het instellingsbeleid dat euthanasie niet binnen de

muren van de instelling kan plaatsvinden. De arts kan dan in overleg met de patiënt en familie de euthanasie uitvoeren bij de patiënt thuis, bij een familielid of in een hospice. Hoewel van de arts verlangd mag worden dat deze zich conformeert aan het beleid van de instelling, behoudt deze altijd zijn eigen professionele verantwoordelijkheid.

Gewetensbezwaar

Euthanasie is geen recht van de patiënt en geen plicht van de arts. Ook niet in die gevallen waarin aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Wel heeft de patiënt het recht te weten of de arts hem in het uiterste geval – na het doorlopen van een gezamenlijk traject en op voorwaarde dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan – wel of niet zal helpen. De arts moet zich daarom in het begin van het proces afvragen of hij het euthanasieverzoek kan of wil uitvoeren als aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan. Mocht de arts om persoonlijke of principiële redenen (of in dit specifieke geval) geen euthanasie kunnen geven, dan is het goed om dit in een zo vroeg mogelijk stadium aan de patiënt kenbaar te maken. Dit voorkomt misverstanden, teleurstelling en onbegrip.

Verwijzen

De arts die geen gehoor kan geven aan een euthanasieverzoek heeft geen verwijsplicht. Wel heeft de arts de morele en professionele verantwoordelijkheid om de patiënt te helpen bij het vinden van een andere arts die in principe wel bereid is euthanasie te verlenen. De arts kan in dat geval verwijzen naar een collega, bij voorkeur binnen het samenwerkingsverband, die in principe geen bezwaar heeft tegen euthanasie. Mocht dit niet mogelijk zijn, dan kan de arts de patiënt ook aanmelden bij de Levensindekliniek of hiernaar verwijzen. Wijs de patiënt er in dat geval wel op dat de Levensindekliniek een wachttijd heeft van meerdere maanden voor patiënten met psychiatrische problematiek.

3 Zorgvuldigheidseisen

Een arts die euthanasie verleent, wordt ontslagen van rechtsvervolging als hij zich aan 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

1. Vrijwillig en weloverwogen verzoek

De arts moet de overtuiging hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.

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. Er moet worden uitgesloten dat het oor-

deelsvermogen 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 te zijn om het verzoek om euthanasie bij voorbaat af te wijzen.

Weloverwogen

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, een helder 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 geacht worden om met volledig ziektebesef tot een weloverwogen euthanasieverzoek te komen.

VERSLAGLEGGING

- 1 Wanneer is er voor het eerst in algemene zin door de patiënt (met u) over euthanasie gesproken? Als de patiënt toen een schriftelijke wilsverklaring heeft overhandigd, de datum van de verklaring vermelden.
- 2 Wanneer heeft de patiënt u voor het eerst om daadwerkelijke uitvoering van euthanasie verzocht en wanneer heeft de patiënt dit verzoek herhaald? Vermeldt als dit verzoek eerder aan anderen (bijvoorbeeld aan collega's) is geuit en/of daar anderen (bijvoorbeeld verpleegkundigen of verzorgenden) bij waren.
- 3 Als er een schriftelijke wilsverklaring aanwezig is, voeg deze dan toe. Datzelfde geldt voor video -of audiomateriaal dat is vervaardigd.
- 4 Waaruit leidt u af dat het verzoek van patiënt niet is geuit onder druk of invloed van anderen?
- 5 Waaruit leidt u af dat de patiënt zich ten volle bewust is van de strekking van het verzoek en van zijn situatie? Worden eventuele alternatieven voldoende begrepen en wat zijn de overwegingen van de patiënt om bij het verzoek om hulp bij zelfdoding te blijven? Zo ja, waaruit blijkt dat de patiënt deze mogelijkheden weloverwogen heeft afgewezen?
- 6 Heeft u over de levensbeëindiging overleg gehad met naasten van de patiënt? Zo ja, met wie en wat waren hun opvattingen? Zo nee, waarom niet?
- 7 Is er over de levensbeëindiging overleg geweest met verplegend of verzorgend personeel, met het afdelingshoofd en/of met de huisarts en wijkverpleegkundige en eventuele andere bij de behandeling of zorg betrokken personen?
- 8 Wanneer en op welke wijze is de zorginstelling op de hoogte gesteld dat euthanasie uitgevoerd gaat worden? Wat waren hun opvattingen? Zo nee, waarom niet?

2. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden

De arts moet de overtuiging hebben gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.

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.

De ondraaglijkheid van het lijden van de patiënt moet voor de arts invoelbaar zijn. De arts moet zich daarvoor niet alleen in de situatie van de patiënt, maar ook in zijn perspectief verplaatsen. Dit oordeel kan onderbouwd worden door, met toestemming van de patiënt, bij naasten, andere (vorige) behandelars, 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.

VERSLAGLEGGING

- 1 Aan welke aandoening(en) lijdt de patiënt die aanleiding zijn voor het euthanasieverzoek en sinds wanneer lijdt de patiënt aan deze aandoening? Wanneer is/zijn deze diagnose(n) gesteld?
- 2 Door wie en wanneer is de patiënt voorgelicht over de huidige situatie, het beloop, de prognose van het ziekteproces?
- 3 Welke therapeutische en palliatieve alternatieven zijn met patiënt besproken, inclusief de voor- en nadelen en wat was de mening van de patiënt daarover?
- 4 Welke therapeutische maatregelen zijn ingezet en wat was daarvan het resultaat?
- 5 Welke palliatieve maatregelen zijn ingezet en wat was daarvan het resultaat? Methoden, middelen en dosering noemen.

- 6 Beschrijf – vanuit het perspectief van de patiënt – waaruit het lijden van de patiënt bestaat en wat dat lijden voor deze patiënt ondraaglijk maakt.
- 7 Waarom bent u ervan overtuigd dat het lijden naar heersend medisch inzicht uitzichtloos is?
- 8 Wat maakte dat het ondraaglijk lijden van deze patiënt voor u invoelbaar is? Beschrijf bijvoorbeeld de klachten/aspecten van het lijden en de (niet alleen medische) zorg die de patiënt nodig heeft.

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. Het is de verantwoordelijkheid van de arts dat de patiënt volledig is geïnformeerd. Dit vormt ook een noodzakelijke basis voor de weloverwogenheid van het verzoek van de patiënt om euthanasie.

Houdt hierbij rekening met de psychologische en cognitieve beperking van de patiënt en met sociale en culturele verschillen tussen de arts en patiënt die de communicatie kunnen verstoren.

VERSLAGLEGGING opgenomen bij punt 1 en 2.

4 Geen redelijke andere oplossing

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

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 redelijke behandelmogelijkheden zijn, moet de patiënt deze nog ondergaan. Van uitzichtloos lijden kan in beginsel geen sprake is als de patiënt in volle vrijheid een reëel alternatief afwijst.

Dat 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 uitgetoet. 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.

VERSLAGLEGGING opgenomen bij punt 2.

5 Onafhankelijk arts

De arts moet ten minste één andere, onafhankelijke arts hebben geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de hiervoor genoemde zorgvuldigheidseisen.

Onafhankelijk arts

Bij het verlenen van euthanasie aan een patiënt met een psychiatrische ziekte moet de arts, naast de reguliere consulent die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen, ook een onafhankelijke psychiater raadplegen. Deze beoordeelt de wilsbekwaamheid van de patiënt ter zake het verzoek en de uitzichtloosheid, denkt mee over nog aan- of afwezige behandel mogelijkheden en de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen. Om onnodige belasting van de patiënt te voorkomen, kan de optie van een SCEN-consulent die tevens psychiater is de voorkeur hebben.

Consulent

De (SCEN-)consulent gaat na of de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. De consulent moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. Dit betekent bijvoorbeeld dat een praktijkgenoot, medelid van een maatschap, arts-assistent, een familielid of een arts die anderszins in een afhankelijkheidsrelatie staat tot de arts die om het consult vraagt, in principe niet in aanmerking komt om als formeel consulent op te treden. In verband hiermee is het gebruikelijk en raadzaam via de organisatie SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) een SCEN-arts die tevens psychiater is als consulent te benaderen.

De arts moet het oordeel van de consulent zwaar laten wegen. Voor het inwilligen van een euthanasieverzoek is echter geen 'toestemming' van de consulent nodig. Indien de arts het advies van de door hem geraadpleegde consulent niet volgt, zal hij dit moeten motiveren.

Er kan door omstandigheden sprake zijn van aanzienlijk tijdsverloop tussen de consultatie en de uitvoering van het euthanasieverzoek. In dat geval zal de arts de consulent opnieuw moeten raadplegen. Dit kan telefonisch of de consulent bezoekt de patiënt opnieuw. Dit hangt onder meer af van het tijdsverloop en of er sprake is van gewijzigde omstandigheden.

VERSLAGLEGGING

- 1 Welke arts(en) is/zijn geraadpleegd? Voeg consultatieverslag(en) toe aan uw dossier.
- 2 Wanneer heeft de geraadpleegde arts de patiënt bezocht?
- 3 Motiveer waarom u en de geraadpleegde arts onafhankelijk zijn ten opzichte van elkaar.
- 4 Had de geraadpleegde arts een behandelrelatie met patiënt?
- 5 Heeft u voor een tweede maal een onafhankelijke arts geraadpleegd over het verzoek van patiënt? Voeg dan ook het tweede consultatieverslag toe.

6 Medisch zorgvuldige uitvoering

De arts moet de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig hebben uitgevoerd.

Euthanasie moet door de arts medisch zorgvuldig worden uitgevoerd. Het gaat hierbij onder meer om de juiste keuze van de te gebruiken middelen, de dosering daarvan en het controleren van de diepte van het geïnduceerde coma. De arts kan hiervoor gebruik maken van de KNMG/KNMP richtlijn 'Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding'. Deze richtlijn geeft artsen advies over een in de praktijk goed toepasbare en effectieve uitvoering van euthanasie. De richtlijn geeft de middelen van eerste keuze aan, maar noemt ook middelen die worden afgeraden.

Omdat er complicaties kunnen optreden moet de arts bij de uitvoering van de euthanasie in de directe omgeving van de patiënt blijven totdat deze is overleden. De patiënt kan bijvoorbeeld de drank uitbraken of het overlijden laat lang op zich wachten. De arts kan dan alsnog euthanasie toepassen. Bespreek dit vooraf met de patiënt en de familie.

VERSLAGLEGGING

- 1 Was er sprake van: levensbeëindiging op verzoek (de arts dient de dodelijke middelen toe); hulp bij zelfdoding (de patiënt ontvangt van de arts de middelen die de patiënt zelf inneemt); een combinatie van beide.
- 2 Door wie werd euthanasie/hulp bij zelfdoding verleend?
- 3 Met welke middelen, in welke dosering en via welke toedieningsweg werd het leven beëindigd? Wat was het tijdsverloop?
- 4 Deden zich bij de uitvoering problemen voor? Zo ja, beschrijf deze en beschrijf uw handelwijze.

4 Betrokken professionals

Verpleegkundigen en verzorgenden

Als er verpleegkundigen of verzorgenden bij de uitvoering betrokken worden, geeft de arts hen informatie over de geplande uitvoering van de euthanasie. Verpleegkundigen en verzorgenden mogen voorbereidende handelingen verrichten, zoals de kamer in orde maken, een infuus aanleggen of i.v. naald prikken. Als vuistregel geldt dat zij geen handelingen mogen verrichten die rechtstreeks de levensbeëindiging tot gevolg hebben. Alleen de arts mag uitvoerende handelingen verrichten. Verpleegkundigen en verzorgenden mogen op basis van gewetensbezwaren besluiten niet mee te werken aan euthanasie.

Apotheker

De aanvraag voor de euthanatica wordt rechtstreeks door de arts bij de apotheker ingediend. Om de juiste middelen en dosering te kunnen bepalen, geeft de arts de apotheker voldoende relevante informatie over de patiënt en de afgesproken methode. De arts haalt ook zelf de euthanatica op. De apotheker geeft uitleg over de middelen en de juiste wijze van toediening en let daarbij ook op eventuele andere medicatie die de patiënt gebruikt. De wet biedt apothekers geen ruimte voor een oordeel over de vraag of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Na de uitvoering van euthanasie brengt de arts de restanten van de euthanatica terug naar de apotheek en vult samen met de apotheker een evaluatieformulier van de KNMP in. Ga tijdig na of de apotheker van de patiënt bereid is de euthanatica te leveren. Een apotheker is namelijk niet verplicht aan euthanasie mee te werken.

Lijkschouwer

Euthanasie is een niet-natuurlijke dood. Wanneer een arts euthanasie heeft verleend, moet hij dit daarom melden bij de gemeentelijke lijkschouwer. De lijkschouwer schouwt het stofelijk overschot (uitwendig) en gaat na hoe en met welke middelen het leven van de patiënt is beëindigd. Hij controleert of de benodigde documenten, waaronder het verslag van de arts

en het verslag van de consulent, aanwezig zijn en verzamelt eventuele andere aanvullende documenten, zoals een schriftelijke wilsverklaring, een medisch journaal en/of specialistenbrieven. Alle ampullen, flacons en verpakkingen die gebruikt zijn voor de euthanasie, moeten worden bewaard tot de gemeentelijk lijkschouwer ze heeft gezien.

De lijkschouwer neemt contact op met de officier van justitie die een verklaring van geen bezwaar afgeeft waarna de ambtenaar van de burgerlijke stand het verlof tot begraven of cremeren afgeeft.

De lijkschouwer stuurt vervolgens de documenten door naar de bevoegde Regionale Toetsingscommissie Euthanasie.

Het is aan te bevelen de gemeentelijk lijkschouwer vooraf in te lichten over de geplande euthanasie. Dit kan de procedure na de uitvoering van de euthanasie aanmerkelijk bekorten. Vooral in een thuissituatie kan het vervelend zijn als de nabestaanden lang moeten wachten tot het lichaam van de overledene wordt vrijgegeven.

SCEN-arts

Voor steun en voor consultatie in verband met een verzoek om euthanasie kunnen behandelend artsen contact opnemen met een SCEN-arts. De SCEN-arts kan informatie en advies geven over de procedure, juridische, ethische en communicatieve aspecten en de medisch-technische uitvoering van euthanasie. Dit betreft meestal een eenmalig contact, het is niet de bedoeling dat de SCEN-arts langdurige begeleiding geeft tijdens het proces voorafgaand aan de uitvoering van euthanasie.

Ook kan de behandelend arts voor een gesprek achteraf bij een SCEN-collega terecht over het (emotionele) verloop van de uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding.

SCEN-artsen zijn ook beschikbaar om als tweede arts een onafhankelijk advies aan de behandelend arts te geven bij een euthanasieverzoek. Deze formele consultatie is een wettelijke vereiste: de arts die voornemens is een euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen, moet volgens de euthanasiewet een tweede arts om een onafhankelijk advies vragen.

Steungroep Psychiaters

Ondanks de beschikbaarheid van de richtlijn is er veel onzekerheid bij psychiaters hoe om te gaan met persisterende en weloverwogen doodswens van een chronisch psychiatrische patiënt. De speciaal opgeleide en onafhankelijke psychiaters van de steungroep staan collega's bij die een verzoek om hulp bij zelfdoding krijgen van een patiënt. Steun kan zowel telefonisch als persoonlijk worden gegeven. Het kan hierbij gaan om praktische voorlichting, meedenken over nog aan- of afwezige behandelmogelijkheden, interpretatie van de zorgvuldigheidseisen, verslaglegging, de vraag hoe in de praktijk de hulp bij zelfdoding zal verlopen en om emotionele steun. Ook kunnen de psychiaters van de steungroep ingeschakeld worden als onafhankelijk arts voor consultatie, waarbij een psychiater toetst of is voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. De Steungroep Psychiaters is voor informatie en advies ook in te schakelen door geneesheer-directeuren, Raden van Bestuur van psychiatrische instellingen, huisartsen en somatisch specialisten.

Consulent euthanasie Levensindekliniek

In 2015 introduceerde de Levensindekliniek de 'consulent euthanasie'. Dit zijn gespecialiseerde (psychiatrisch) verpleegkundigen die zeer ervaren zijn op het gebied van euthanasie. De consulenten bieden artsen die een euthanasieverzoek hebben gekregen, begeleiding op maat. Dat betekent dat de arts zelf kan aangeven wat hij nodig heeft. Het kan gaan om telefonisch advies, intensief mailcontact, een persoonlijk gesprek, tot begeleiding tijdens het gehele euthanasietraject. De consulent kan de arts ondersteunen bij het (voor)onderzoek naar het euthanasieverzoek, bij de verslaglegging en dossiervorming, de communicatie met de patiënt en de daadwerkelijke uitvoering.

Toetsingscommissie

Verdeeld over Nederland zijn er vijf Regionale Toetsingscommissies Euthanasie die achteraf beoordelen of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen van de wet. De arts krijgt een ontvangstbevestiging van de melding.

Heeft de commissie nog vragen of behoefte aan nadere informatie, dan wordt de arts telefonisch, schriftelijk of mondeling gevraagd een toelichting te geven. Binnen zes tot twaalf weken ontvangt de arts het oordeel. De termijn waarin het oordeel volgt, kan langer duren als de commissie een toelichting wil. Komt de toetsingscommissie tot het oordeel dat de arts een of meer zorgvuldigheidseisen niet heeft nageleefd, dan schrijft de wet voor dat de melding wordt doorgestuurd naar het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze instanties bekijken of zij het oordeel van de commissie delen en welke stappen zij zullen ondernemen. Tot nu toe is nog nooit een arts die een oordeel 'onzorgvuldig' kreeg door het OM vervolgd.

5 Stappenplan uitvoering

BIJ DE UITVOERING WORDT ONDERSCHIED GEMAAKT TUSSEN TWEE METHODEN

- 1 Euthanasie: waarbij de middelen per injectie of infuus worden toegediend
- 2 Hulp bij zelfdoding: waarbij de middelen in een drankje zitten, dat door de arts wordt overhandigd aan de patiënt die dit opdrinkt

Arts en patiënt overleggen vooraf welke methode de voorkeur heeft.

Aanvraag euthanatica

- Arts vraagt de euthanatica aan bij de apotheker
- Arts geeft de apotheker alle relevante informatie
- Apotheker controleert welke overige medicatie de patiënt gebruikt
- Arts haalt zelf de euthanatica bij de apotheek op
- Apotheker geeft uitleg over de middelen en de wijze van toediening

Voorbereiding

- Arts vraagt een VT-team verpleegkundige of de ambulance-dienst om een i.v. naald te prikken (bij voorkeur op de dag van de uitvoering)
- Arts zorgt ervoor dat bij hulp bij zelfdoding twaalf, zes en één uur van tevoren een antibraakmiddel wordt ingenomen om de kans op braken zo klein mogelijk te maken

Uitvoering

Euthanasie (intraveneus)

- Arts bespreekt de procedure nogmaals met de patiënt
- Arts informeert patiënt en familie over de werking van euthanatica, met name over het snelle effect; coma treedt

na intraveneuze methode binnen 2 minuten in

- Arts maakt euthanaticum klaar in een aparte ruimte
- Arts vraagt nogmaals aan de patiënt of deze overtuigd is te willen sterven
- Arts dient het coma-inducerend middel toe
- Arts controleert de diepte van het coma, bijvoorbeeld door middel van een oogbol- of wimperreflex of door het toedienen van pijnprikkels
- Arts dient spierrelaxans toe
- Arts blijft tot de dood is ingetreden in de directe nabijheid van de patiënt, om bij complicaties snel te kunnen ingrijpen

Hulp bij zelfdoding (drankje)

- Arts bespreekt de procedure nogmaals met de patiënt
- Arts informeert patiënt en familie over de werking van euthanatica, met name het snelle effect; coma treedt bij orale methode binnen 5 tot 15 minuten in
- Arts spreekt met patiënt en familie een maximale tijdsduur af tot overlijden; als de middelen na **één of twee uur** niet het beoogde effect hebben, wordt alsnog overgegaan tot intraveneuze toediening van euthanaticum
- Arts maakt euthanaticum klaar in een aparte ruimte
- Arts vraagt nogmaals aan de patiënt of deze overtuigd is te willen sterven
- Patiënt is in half liggende houding voor het drinken van het euthanaticum
- Arts overhandigt het glas met euthanaticum
- Patiënt wordt na coma in liggende houding gebracht
- Arts blijft tot de dood is ingetreden in de directe nabijheid van de patiënt, om bij complicaties snel te kunnen ingrijpen

Na overlijden

- Arts belt na het vaststellen van de dood de lijkschouwer
- Lijkschouwer schouwt het stoffelijk overschot (uitwendig)
- Lijkschouwer gaat na hoe en met welke middelen het leven van de patiënt is beëindigd, bewaar hiervoor flacons, ampullen, geëtiketteerde spuiten en verpakkingen)

- Arts bespreekt het dossier met de lijkschouwer en overhandigt dit
- Lijkschouwer belt de officier van justitie
- Familie belt begrafenisondernemer na het vrijgeven van het lichaam
- Lijkschouwer meldt de euthanasie bij de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie
- Arts brengt alle gebruikte flacons, inclusief de noodset, persoonlijk terug naar de apotheker; zij vullen samen het evaluatieformulier KNMP in
- Arts zorgt voor nazorg familie

6 Casuïstiek

Onderstaande casuïstiek bevat samengevatte oordelen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE). Ze geven inzicht in de handelwijze van de arts, de behoedzaamheid waarmee met een euthanasieverzoek wordt omgegaan en de overwegingen en het oordeel van de toetsingscommissie. Meer uitspraken die betrekking hebben op psychiatrische aandoeningen zijn te vinden op de website van de RTE, onder het tabblad 'Uitspraken & Uitleg'.

Casus 1²

SAMENVATTING

Patiënte, een vrouw van 30-40 jaar, had een borderline persoonlijkheidsstoornis, een posttraumatische stressstoornis en een, met de persoonlijkheidsstructuur samenhangende, neiging tot dissociëren en automutileren. Ook waren er depressieve gevoelens, maar geen klinische depressie. Patiënte was jarenlang opgenomen geweest in psychiatrische inrichtingen in verband met zelfmoordpogingen, automutilatie, depressiviteit, depersonalisatie en onmacht. Zij onderging alle aangeboden behandelingen, maar de klachten namen niet af. De arts, haar behandelend psychiater, vroeg een second opinion bij een collega-psychiater. Deze concludeerde dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van ondraaglijk lijden en van uitzichtloos lijden. Door de consulent werd de arts bevestigd in het oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Patiënte, een vrouw van 30-40 jaar, had een borderline persoonlijkheidsstoornis, een posttraumatische stressstoornis en een, met de persoonlijkheidsstructuur samenhangende, neiging tot dissociëren en automutileren. Ook waren er depressieve gevoelens, zonder dat er sprake was van een klinische depressie.

In de twintig jaar vóór het overlijden is patiënte veertien jaren opgenomen geweest in psychiatrische inrichtingen in verband met zelfmoordpogingen, automutilatie en sterke gevoelens van depressiviteit, depersonalisatie en onmacht. Gedurende de lange opnameperiode zijn haar klachten niet wezenlijk verbeterd en is haar sociaal functioneren eerder verslechterd dan verbeterd.

Vervolgens is zij naar een beschermde woonvorm verhuisd, waarbij zij onder behandeling kwam van een klinisch psycholoog/psychotherapeut, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de arts, een psychiater. In die periode heeft zij een EMDR-therapie, een VERS-training, een stabilisatiecursus en op structuur gerichte dagbehandelingen gehad en is zij verschillende keren opgenomen geweest onder andere om de medicamenteuze behandeling optimaal in te stellen. Zij greep alle behandelingen die haar werden aangeboden aan en zette zich ervoor in, maar de klachten namen niet af.

Ongeveer een jaar voor het overlijden heeft patiënte een tentamen suïcide gedaan. Daarna heeft zij een euthanasievraag bij haar behandelaren, onder wie de arts, neergelegd. Patiënte heeft vervolgens nog een behandeling met lithium en quetiapine gehad. Echter zonder het gewenste resultaat. Ook is een intensieve behandeling voor haar persoonlijkheidsstoornis voorgesteld, maar het bleek dat er geen behandeling mogelijk was in een voor patiënte haalbare setting. Volgens de arts had patiënte alle noodzakelijke behandelingen gehad die gericht waren op vermindering van de klachten dan wel het er meer controle over verwerven, echter zonder resultaat en in ieder geval zonder vermindering van de lijdensdruk. De arts heeft nog een second opinion gevraagd bij een collega psychiater, die bevestigde dat de relevante behandelingen waren gedaan.

Het lijden van patiënte bestond uit vrijwel continue gespannenheid, forse problemen met haar emotieregulatie en het overweldigd worden door herbelevingen die zij niet kon han-

teren, zoals herinneringen aan pesterijen. Zij ervoer gevoelens van leegte en dissociatie. Zij leed onder innerlijke pijn en herbelevingen van diepe en heftige trauma's. Ook leed zij onder nachtmerries en de herrie in haar hoofd, waardoor zij nooit rust had en uitgeput was geraakt. Patiënte voelde zich minderwaardig en was niet in staat om haar zelfbeeld te corrigeren. Zij ervoer contacten met anderen snel als een bedreiging en het alledaagse leven was voor haar een constante, (bijna) onmogelijke, opgave. Zij ervoer onmacht om iets te kunnen veranderen aan haar situatie. Spanning en gevoelens van leegte reguleerde zij met automutilatie. Ook had zij eetproblemen en last van dwanggedachten en -handelingen.

Patiënte had een zeer lang bestaande doodswens, die zij de afgelopen jaren consistent had geuit. Nadat zij de afweging had gemaakt zich niet te suïcideren heeft zij, acht maanden voor het overlijden, voor het eerst met de arts over euthanasie gesproken. Anderhalve maand voor het overlijden heeft patiënte de arts om uitvoering van de levensbeëindiging verzocht.

Ruim een maand voor het overlijden heeft de arts een second opinion aangevraagd bij een collega psychiater. Na onderzoek van patiënte kwam de psychiater tot de conclusie dat er sprake was van een vrijwillig en duurzaam verzoek op grond van een als ondraaglijk ervaren lijden bij een in behandelopzicht uitzichtloos gebleken psychisch ziektebeeld. Volgens de psychiater verzag patiënte de consequenties van haar verzoek.

Na dossieronderzoek was de psychiater er van overtuigd dat de relevante behandelingen hadden plaatsgevonden. Haar familie stond achter haar verzoek en ook de psychiater kon achter de uitvoering van haar verzoek staan. Volgens de arts was patiënte wilsbekwaam en was er sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Ook was hij er van overtuigd dat het lijden voor patiënte ondraaglijk en naar heersend medisch inzicht uitzichtloos was.

De commissie overweegt dat er in het geval dat er sprake is van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek tot euthanasie. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts dat in de onderhavige casus ook gedaan. De arts heeft immers, naast de onafhankelijke SCEN-arts, een collega psychiater geraadpleegd, die zich uitsprak over de wilsbekwaamheid van patiënte en die concludeerde dat er geen relevante behandelopties meer waren. Patiënte was in staat om de gevolgen van haar beslissing te overzien, haar wens was consistent en al langere tijd aanwezig. Door de consulent werd de arts bevestigd in zijn oordeel dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan en dat met name na een leven in de intramurale psychiatrie het lijden van patiënte uitzichtloos was, dat haar wens al zeer lang bestond en weloverwogen was en dat er voor haar geen reële alternatieven meer waren.

Oordeel:

Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

Casus 1³

SAMENVATTING

Een vrouw met ernstige psychische problemen bij wie geen behandeling voldoende aansloeg, vroeg om euthanasie. Omdat haar behandelend psychiater niet kon ingaan op haar euthanasieverzoek, meldde zij zich bij de Stichting Levensindekliniek (SLK). Na overleg met haar behandelend psychiaters en het raadplegen van twee onafhankelijke psychiaters kwam de SLK-arts tot de overtuiging dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan.

Patiënte, een vrouw van 40-50 jaar, was al jaren bekend met een sterke verdenking op een persoonlijkheidsstoornis met ontwijkende en borderline kenmerken die leidde tot een chro-

nische depressie en een posttraumatische stressstoornis (PTSS) met dissociatieve toestandsbeelden waarbij ernstige automutilatie optrad. In haar jeugd was zij ernstig getraumatiseerd. Patiënte onderging uitgebreide behandelingen zoals medicamenteuze behandelingen, ambulante psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, groepstherapie en behandeling gericht op traumabehandeling. Patiënte probeerde alle voorgestelde behandelingen. Deze hadden echter geen blijvend positief effect op haar klachten. Genezing was niet meer mogelijk. De behandeling was uitsluitend nog palliatief van aard.

Het lijden van patiënte bestond uit de herbelevingen en de dissociaties met forse automutilatie als gevolg. Patiënte was de hele dag in haar hoofd bezig met haar gedachten, zij kon die gedachtestroom niet stil zetten. Patiënte was moe en eenzaam, zag geen enkel lichtpuntje meer en kon de gedachte dat zij haar hele leven depressief zou zijn met dissociaties die leiden tot forse automutilatie, niet verdragen. Zij leed onder de uitzichtloosheid van haar situatie. Patiënte ervoer haar lijden als ondraaglijk.

Vier maanden voor het overlijden spraken patiënte en de arts, verbonden aan de SLK, voor het eerst over euthanasie. Patiënte heeft de arts daarbij direct om daadwerkelijke uitvoering van de levensbeëindiging verzocht. Sindsdien hebben arts en patiënte nog vijf gesprekken gevoerd.

Ook sprak de arts met haar behandelend specialisten. Op verzoek van de arts hebben twee onafhankelijke psychiaters een second opinion uitgevoerd vanwege het euthanasieverzoek van patiënte. Beide psychiaters kwamen tot de conclusie dat patiënte wilsbekwaam was en dat er sprake was van een vrijwillig en herhaald geuit verzoek van patiënte. Patiënte overtuigde hen ervan dat er sprake was van ondraaglijk lijden. Zij concludeerden dat er geen reëel perspectief op verbetering van de kwaliteit van leven was binnen de huidige stand van de wetenschap. De consulent was van oordeel dat aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan.

De commissie overweegt dat er in het geval er sprake is van een psychiatrische stoornis met grote behoedzaamheid moet worden omgegaan met een verzoek om euthanasie. Naar het oordeel van de commissie heeft de arts dat in de onderhavige casus ook gedaan. De arts heeft in overleg met de behandelend psychiaters van patiënte een traject doorlopen, van ongeveer vier maanden waarin zes gesprekken met patiënte hebben plaatsgevonden en waarin nauwkeurig is bekeken of er nog behandelingsmogelijkheden voor patiënte waren. Daarbij heeft de arts aan twee onafhankelijke psychiaters een second opinion gevraagd en heeft de arts een onafhankelijke consultant geraadpleegd. De arts is mede naar aanleiding van hun bevindingen tot de overtuiging gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, met name ook dat er sprake was van een wilsbekwame patiënte, van een uitzichtloos lijden en van het ontbreken van reële behandel mogelijkheden.

Oordeel:

Gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen.

2 Bron: Regionale Toetsingscommissie Euthanasie Jaarverslag 2014.

3 Bron: Regionale Toetsingscommissie Euthanasie Jaarverslag 2015.

7 Informatie

Documenten

Modelverslag

www.scen.nl

Modelformulier Euthanasie

www.scen.nl

Wilsverklaringen

www.nvve.nl

Richtlijn 'Orgaandonatie na euthanasie'

www.transplantatiestichting.nl

Belangrijke telefoonnummers

SCEN

Telefoonlijst SCEN-artsen in uw regio: www.scen.nl

GGD

Telefoonlijst gemeentelijk lijkschouwers: www.ggd.nl

Richtlijnen en brochures

NVvP richtlijn 'Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'

www.nvvp.nl

KNMG/KNMP richtlijn 'Uitvoering euthanasie/hulp bij zelfdoding'

www.knmg.nl

Code of Practice

www.euthanasiecommissie.nl

Goede steun en consultatie bij euthanasie

www.scen.nl

Handleiding voor het betrekken van de familie bij psychiatrische patiënten die om euthanasie verzoeken

www.euthanasieindepsychiatrie.nl

Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek

www.rijksoverheid.nl

Hulp nodig?

SCEN

Telefoonlijst SCEN-artsen in uw regio: www.scen.nl

Steungroep Psychiaters

www.steungroeppsychiaters.nl

020-530 49 70

Adviescentrum NVVE

advies@nvve.nl

020-620 06 90

Consulent euthanasie Levensindekliniek

consulent@levensindekliniek.nl

070-352 4141



Postbus 75331
1070 AH Amsterdam
T 020 620 06 90
info@nvve.nl
www.nvve.nl