

Hoe beoordeel je een euthanasieverzoek op basis van psychisch lijden?

Door: Rosalie Pronk & Sisco van Veen

Versie: 2

Datum: 29-3-2024

Inleiding

Euthanasieverzoeken van mensen met psychische aandoeningen komen in Nederland steeds meer voor. Iedereen die in de psychiatrie werkt zal dus waarschijnlijk op een gegeven moment vragen krijgen over euthanasie. Deze handleiding is geschreven voor **alle** hulpverleners in de GGZ en gaat in op de vraag: hoe kun je een euthanasieverzoek op psychische gronden goed onderzoeken? De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft een uitgebreide richtlijn geschreven, waarin ze het euthanasietraject opdelen in 4 overzichtelijke fases: de verzoekfase, de beoordelingsfase, de consultatiefase en de uitvoeringsfase. In deze handleiding gaan we dus vooral in op de **beoordelingsfase**. Deze handleiding is een praktische vertaling van alle relevante zorgstandaarden aangevuld met praktijkadviezen en enkele recente onderzoeken. We beginnen direct met de adviezen en werken die daarna uit.

Praktische adviezen voor hulpverleners tijdens de beoordelingsfase

- Het kost tijd om een goede en zorgvuldige beoordeling van een euthanasieverzoek te doen, dus neem deze tijd ook, ook als de lijdensdruk hoog is. Je moet immers goed kunnen onderbouwen waarom aan de wetscriteria is voldaan, ook voor de toetsing die na de eventuele euthanasie volgt. Dit belang kan ook uitgelegd worden aan patiënt.
- Betrek andere hulpverleners bij de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen. Een multidisciplinaire aanpak geeft beter zicht op de situatie van de patiënt en er ontstaat ruimte voor diverse perspectieven wat de beoordeling vaak verrijkt.
- Gebruik de [NVvP-richtlijn](#) en de [Euthanasiencode](#) als naslagwerk voor de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen.
- Maak ruimte voor de patiënt om eventuele ambivalente gevoelens of twijfels te bespreken. Dit hoeft niet direct te betekenen dat het euthanasietraject stopt.

Achtergrondinformatie

Het belangrijkste doel van de beoordelingsfase van een psychisch euthanasietraject is zicht te krijgen op de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Deze dienen beoordeeld te worden wil je als arts eventueel mee kunnen gaan in de uitvoering van een euthanasieverzoek. De centrale zorgvuldigheidseisen zijn: het verzoek moet **vrijwillig** en **weloverwogen** zijn, en er moet sprake zijn van **ondraaglijk** en **uitzichtsloos** lijden. Een uiteenzetting van wat deze zorgvuldigheidseisen betekenen en inhouden kun je onder andere vinden in de [Euthanasiencode](#), uitgegeven door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Dit naslagwerk kan handvatten bieden bij de beoordeling van bovenstaande eisen. Ook de [NVvP-richtlijn](#) vult de zorgvuldigheidscriteria goed in.

Tijdens de beoordelingsfase valt zeker een multidisciplinaire aanpak te overwegen. Het is vaak het geval dat er meerdere hulpverleners betrokken zijn (geweest) bij de behandeling van een patiënt.

Maak gebruik van de expertise van al deze hulpverleners! Dit kan door informatie op te vragen bij deze hulpverleners (zorg voor toestemming van de patiënt), maar ook door overleg te organiseren tussen deze hulpverleners. Dit kan in de vorm van een multidisciplinair overleg, maar ook een moreel beraad kan erg nuttig zijn. Ook is het mogelijk hulp in te schakelen van Expertisecentrum Euthanasie (zij hebben veel expertise rondom dit thema in huis en hun consultants kunnen helpen bij het euthanasietraject).

Ook naasten kunnen een belangrijke bron van informatie zijn en kunnen de patiënt steunen. Wanneer dit ook gewenst is door de patiënt, heeft het de sterke voorkeur om hun nauw te betrekken bij het proces. Goed om te weten is dat naasten geen beslissingsrol hebben, maar dat betrokkenheid wel te verkiezen is, tenzij er redenen zijn om dit niet te doen (bijvoorbeeld door ernstige conflicten of misbruik binnen de familie).

Volgens de NVvP-richtlijn is het ook belangrijk om tijdens de beoordelingsfase een 2nd opinion aan te vragen. In principe moet deze second opinion gedaan worden door een *onafhankelijke* psychiater met specifieke kennis van de aandoening van de patiënt. Dit betekent overigens niet dat deze psychiaters in een andere instelling moet werken, maar het mag geen teamgenoot zijn of iemand die de patiënt eerder in behandeling heeft gehad. In uitzonderingsgevallen kan ook gekozen worden voor een andere onafhankelijke professional dan een psychiater (bijv. verslavingsarts of klinisch psycholoog). Het is dan wel belangrijk om te onderbouwen waarom er is gekozen voor een andere professional dan een psychiater.

Het is aan te raden deze second opinion in een relatief vroeg stadium van een euthanasietraject te organiseren, omdat het een essentieel onderdeel is van de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen door de arts. Tijdens deze second opinion wordt er specifiek gelet op diagnostiek, of er nog behandelopties zijn en of de patiënt wilsbekwaam is ten aanzien van het euthanasieverzoek. Op www.thanet.nl is ook een handleiding te vinden voor het doen van een second opinion.

Aandachtspunten per zorgvuldigheidseis

Vrijwillig en weloverwogen verzoek

In relatie tot het concept vrijwilligheid, wordt er een onderscheid gemaakt tussen externe vrijwilligheid en interne vrijwilligheid.

- Externe vrijwilligheid houdt in dat het euthanasieverzoek niet wordt gedaan vanuit druk van de omgeving. Dit kan druk zijn vanuit andere mensen (bijvoorbeeld naasten die de zorg niet meer aankunnen), of vanuit andere externe invloeden (bijvoorbeeld geldproblemen). Dit betekent niet dat naasten niet betrokken mogen worden bij het traject, maar dat er goed aandacht besteed moet worden aan de ingewikkelde dynamieken die soms aanwezig zijn. Deze dynamieken kunnen uitgesproken, of onuitgesproken spelen.
- Interne vrijwilligheid gaat over dat het euthanasieverzoek niet ingegeven mag worden door de psychische aandoening van de patiënt. Je kunt hier bijvoorbeeld denken aan het horen van stemmen die zeggen dat iemand moet overlijden, of aan wanhoop en angst die onderdeel zijn van een depressie of angststoornis. Het kan soms moeilijk zijn dit van elkaar te onderscheiden, maar net als bij ernstig somatisch lijden kan een psychische aandoening ook tot een weloverwogen en vrijwillige doodswens leiden. Er zijn vaak momenten, zelfs wanneer de aandoening recidiverend is, waarop de ervaren klachten minder dwingend zijn en er ziektebesef is. Soms betekent een tijdelijke vermindering van de klachten ook het verdwijnen van de doodswens, maar het kan ook zo zijn dat ondanks dat de klachten tijdelijk minder zijn, dat iemand er toch voor kiest euthanasie te willen. Dat kan bijvoorbeeld te maken hebben met het vooruitzicht op nieuwe periodes waarin de klachten

weer verergeren. Denk bijvoorbeeld aan iemand met een bipolaire stemmingsstoornis die een relatief rustige periode kent, maar het vooruitzicht op een leven lang terugkerende depressies of manische perioden ondraaglijk vindt.

De vrijwilligheid zoals bedoeld in de wet lijkt in de praktijk sterk op de wilsbekwaamheid van de patiënt. Dit aspect moet altijd door een arts beoordeeld worden en is altijd keuze specifiek. Iemand moet dus wel of niet wilsbekwaam worden beoordeeld ten aanzien van de keuze voor euthanasie. Wilsbekwaamheid kan op diverse manieren begrepen worden, maar de meest dominante benadering is de cognitieve benadering van Appelbaum & Grisso. Deze benadering kenmerkt zich door 4 criteria: het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken, het vermogen om informatie te begrijpen, het vermogen om informatie toe te passen op de eigen situatie en het vermogen tot redeneren. Hoewel deze criteria dominant zijn, kan het ook waardevol zijn om andere aspecten te overwegen. Deze andere benaderingen staan beschreven in de [richtlijn](#).

Een laatste aspect betreft de weloverwogenheid van het verzoek. Een verzoek om euthanasie mag geen opwelling zijn, dit betekent dat het verzoek consistent geuit moet worden. Het is dus van belang om de tijd te nemen voor de beoordeling van het verzoek, omdat zo beoordeeld kan worden of dit het geval is. Dit houdt overigens niet in dat er geen ambivalente gevoelens mogen bestaan, het is vaak het geval dat een patiënt bijvoorbeeld rouwt om wat hij of zij allemaal niet heeft kunnen doen in het leven, of dat er angst ontstaat voor het sterven aan sich. Het is van belang ruimte te bieden voor het bespreken van deze gevoelens.

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden

De ondraaglijkheid van het lijden is vaak een subjectief gegeven, en kan alleen ervaren worden door de patiënt. De hulpverlener kan in de beoordeling bijvoorbeeld de draaglast en draagkracht van de patiënt meenemen, levensloop, coping, persoonlijke kenmerken. Het lijden hoeft niet invoelbaar te zijn voor de hulpverlener, maar wel enigszins begrijpelijk. Let daarbij op mogelijke beperkingen in de communicatie van de patiënt, soms is een patiënt niet altijd even goed in staat om het lijden onder woorden te brengen. Dit betekent niet dat er geen ondraaglijk lijden wordt ervaren.

De uitzichtloosheid van het lijden hangt zeer sterk samen met het andere wetscriterium dat er geen redelijke andere opties meer beschikbaar mogen zijn om het lijden te verlichten. Als het om psychisch lijden gaat zijn beide criteria lastig om te beoordelen. De richtlijn werkt uitgebreid uit hoe je deze beoordeling aan kunt pakken en elke vragen je kunt beantwoorden. De onderstaande definitie van een redelijk behandelperspectief vat dit samen.

Redelijk behandelperspectief wordt naar huidig medisch inzicht gezien als er:

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

Het is goed om te beseffen dat we in de psychiatrie praktisch nooit met zekerheid kunnen zeggen dat iets niet meer beter zal worden. Met deze onzekerheid zul je als hulpverlener toch moeten omgaan. De wet vraagt aan jou als arts om hier een oordeel over te vormen. Het kan behulpzaam zijn om uitzichtloosheid niet te begrijpen als een oordeel over de toekomst, maar als oordeel over wat er in het verleden allemaal is ondernomen door hulpverlening en patiënt om het lijden op te heffen, of te verzachten.

Belangrijke bewezen medicamenteuze of psychotherapeutische behandelingen zijn relevant, maar wanneer een patiënt dit al vele malen serieus heeft geprobeerd, staat de wet- en regelgeving ook toe dat patiënt nieuwe behandeling afwijst. De redelijkheid van deze afwijzing kan in samenspraak met de patiënt beoordeeld worden. De beoordeling door de second-opinion psychiater is in dezen ook zeer relevant en dient meegenomen te worden in de beoordelingsfase door de arts.