

# Zorgvuldig omgaan met een verzoek om euthanasie

## Visietekst vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu'

### 1. INLEIDING

Er is sinds enkele jaren een belangrijke evolutie in het denken over euthanasie, zowel bij de patiënten<sup>1</sup> als bij de hulpverleners. Het ontstaan van de euthanasiewet in 2002 op zich was al het gevolg van een feitelijke mentaliteitswijziging. De wetgeving heeft er mee toe geleid dat het taboe rond euthanasie werd doorbroken. Meer mensen proberen reeds vroeg in hun ziekteproces beslissingen rond het levenseinde ter sprake te brengen, o.a. vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg, en ook euthanasie is als optie bespreekbaar. We kunnen spreken van een 'een cultuuromslag', een ommekeer die alle aspecten van stervenshulp betreft: wat de patiënt moet verdragen en mag verlangen, wat de arts heeft te doen en kan laten, en hoe de arts zich dient te verantwoorden.<sup>2</sup>

In 2006 keurde de Raad van Bestuur van de vzw het ethisch advies 'Zorg voor patiënten die euthanasie vragen omwille van psychisch lijden' goed. De vzw wou met deze tekst medewerkers begeleiden om zorgvuldig met een euthanasieverzoek om te gaan. Vanuit een houding van respect en betrokkenheid werd een euthanasievraag ernstig genomen. Bespreekbaarheid is de basisoptie. Het advies was inhoudelijk rijk en gaf aanzetten om de vraag naar euthanasie te interpreteren. Er was aandacht voor de betekenis van een verzoek voor alle betrokkenen: patiënt, hulpverleners en naasten. Ethische aspecten verbonden met de problematiek werden beschreven. Er werd gekozen voor levensbegeleiding. Euthanasie kon echter niet worden toegepast binnen de vzw volgens dit advies omwille van de onvoorspelbaarheid van het psychiatrisch ziekteproces.

Het advies van 2006 vraagt heden om aanvulling en nuancering. Medewerkers worden steeds meer geconfronteerd met de problematiek van euthanasie. Er is nood aan concrete handvatten. Uit de bespreking van een concrete casus in 2009 bleek dat het bestaande advies ontoereikend was voor de vragen die werden gesteld. Dit bracht een interne bezinning op gang. Het overleg maakte duidelijk wat verder uitgeklaard moest worden, o.a. de rol en de betekenis van crustatieve en palliatieve zorg in de psychiatrie, de mogelijkheid van een euthanasieverzoek gezien de specifieke gegevens eigen aan de psychiatrische aandoening, de continuïteit in zorgaanbod gezien de principiële keuze geen euthanasie uit te voeren binnen de voorzieningen, enz.

De Reflectiecommissie Ethiek heeft op het niveau van de vzw systematisch de problematiek van palliatie en euthanasie in de psychiatrie onderzocht. Ze betrok externe experts waaronder dr. Senne Mullie en dr. Frank Devriendt. Ook werden relevante artikels bestudeerd. Dit heeft het reflectieproces erg vooruit geholpen. Deze artikels werden ook besproken op vergaderingen van de

lokale ethische begeleidingscommissies en de Commissies voor Medische Ethiek. Onderstaande tekst is dan ook een synthese tussen de ethische gedachtewisseling en het literatuuronderzoek.

### **De tekst bevat drie delen**

- **Een eerste deel** beschrijft het wettelijk kader. De euthanasiewet (2002) is van toepassing bij wilsbekwame patiënten, ongeacht of de patiënt lijdt aan een somatische aandoening of een psychiatrische. De wet schept in principe voor beide gelijkelijk toegang. Kennis van de wet is een noodzakelijke voorwaarde om zorgvuldig om te gaan met een verzoek om euthanasie.
- **Het tweede deel** gaat uitgebreid in op het specifieke van een verzoek in de psychiatrische zorgcontext. De toetsing van een euthanasievraag aan de zorgvuldigheidscriteria vraagt bijzondere medische, psychiatrische deskundigheid. Daarenboven raakt de evaluatie van een verzoek fundamentele waarden van de (medische) zorg. Zowel klinisch-medische als zorgethische aspecten worden in dit tweede deel beschreven.
- **Het laatste deel** biedt een ontwerp van richtlijn. Hulpverleners hebben concrete handvatten nodig om zorgvuldig en genuanceerd met een verzoek om te gaan. Dit ontwerp integreert de wettelijke zorgvuldigheidscriteria en houdt rekening met de specifieke gegevenheid van een verzoek in de psychiatrische zorgcontext. De richtlijn nodigt uit om in elke concrete situatie, bij elke stap van een besluitvormingsproces, te reflecteren om zorgvuldige, ethisch verantwoorde en gedragen beslissingen te kunnen nemen. Interdisciplinair en collegiaal overleg staan centraal. Het aangereikte stappenplan kan dienen als leidraad voor de verschillende voorzieningen om zelf met de thematiek aan de slag te gaan, aangepast aan de specifieke context.

## **2. DE PSYCHIATRISCHE PATIËNT EN DE BELGISCHE EUTHANASIEWET**

De euthanasiewetgeving in België is van kracht sinds 28 mei 2002. De wet definieert euthanasie als “het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek”. De wet maakt geen onderscheid tussen lichamelijk of psychisch lijden. Euthanasie is voor een psychiatrische patiënt mogelijk voor zover een patiënt zich bevindt in de omstandigheden bepaald in de wet. Enerzijds stelt de euthanasiewetgeving dat “de patiënt die om euthanasie verzoekt meerderjarig<sup>3</sup> en bewust dient te zijn op het ogenblik van het verzoek en dient het verzoek vrijwillig tot stand te komen.” Anderzijds moet hij of zij zich bevinden in “een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondragelijk fysisch of psychisch lijden dat niet te lenigen is en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening” (Art 3 § 1). Een psychiatrische stoornis kan een ernstige en ongeneeslijke, door ziekte veroorzaakte aandoening zijn

zoals door de wet omschreven, die een medisch uitzichtloze toestand veroorzaakt van aanhoudend en ondraaglijk psychisch (maar vaak ook fysiek) lijden<sup>4</sup>.

De wet voorziet algemene zorgvuldigheidscriteria (1.1) en bijzondere zorgvuldigheidscriteria (1.2) indien een verzoek gebeurt door een patiënt die niet binnen afzienbare tijd zal overlijden. (Art. 3. § 3).

## 1. Algemeen wettelijke zorgvuldigheidscriteria

1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat:

- de patiënt op het moment van het verzoek meerderjarig of ontvoegd minderjarig is;
- de patiënt op het ogenblik van het verzoek handelingsbekwaam is
- dat de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend, ondraaglijk fysiek of psychisch lijden ten gevolge van een ernstige en ongeneeslijke aandoening (door ziekte of ongeval) én dat niet gelenigd kan worden.
- het verzoek is vrijwillig, overwogen en herhaald
- het verzoek is niet tot stand gekomen als gevolg van externe druk

2. Onverminderd bijkomende voorwaarden die een arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, is een arts in alle gevallen verplicht:

- de patiënt in te lichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, en met de patiënt overleg te plegen over de euthanasievraag, en over de resterende therapeutische en palliatieve mogelijkheden.
- De arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid
- via meerdere gesprekken met de patiënt, gespreid over een redelijke periode, zich ervan verzekeren van het aanhoudend fysiek en psychisch lijden van de patiënt, én van het duurzaam karakter van zijn verzoek.
- een andere arts<sup>1</sup> te raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening. De arts neemt inzage in het medisch dossier, onderzoekt de patiënt, en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek en psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. De arts stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts is onafhankelijk zowel t.a.v. de behandelende arts als t.a.v. de patiënt, en is bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.

---

<sup>1</sup> De arts die het euthanasieverzoek behartigt, raadpleegt altijd een andere arts (= de eerste geraadpleegde arts) Bij een niet-terminale patiënt wordt bijkomend een 'tweede' arts geraadpleegd. (= tweede geraadpleegde arts) (Art. 3 §2, 3°, Art. 3 §3, 1° en Art. 4, §2 1° van de Euthanasiewet)

- het verzoek van de patiënt te bespreken met het verplegend team of leden van het verplegend team, dat in regelmatig contact staat met patiënt.
  - het verzoek van de patiënt te bespreken met zijn naasten die hij aanwijst.
  - zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.
  - Het verzoek moet schriftelijk opgesteld, gedateerd en getekend zijn door de patiënt zelf. Indien de patiënt op het bedoeld moment in staat is zijn wil te uiten, maar zelf geen schriftelijk document kan opstellen, dan kiest hij een meerderjarige persoon, die in zijn plaats het document opstelt in het bijzijn van een arts. Deze persoon mag geen materieel belang hebben bij de dood van de patiënt.
  - Het document wordt toegevoegd aan het medisch dossier. De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen. Het schriftelijke verzoek wordt dan uit het medisch dossier gehaald en aan de patiënt teruggegeven.
3. Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het verslag van de geraadpleegde arts, worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt

## 2. Bijzondere zorgvuldigheidscriteria

Indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, en de patiënt blijft zijn verzoek herhalen, zijn er bijzondere zorgvuldigheidscriteria:

- De behandelende arts moet een tweede arts raadplegen die ofwel psychiater ofwel specialist in de aandoening in kwestie is. De tweede geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, én van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Dit wordt in het medisch dossier bewaard. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts<sup>5</sup>. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.
- Er moet minstens één maand verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie

De arts die euthanasie toepast, is aansprakelijk. Een federale controle- en evaluatiecommissie onderzoekt of een euthanasie is uitgevoerd volgens wettelijke voorwaarden. De arts bezorgt daartoe binnen vier werkdagen een volledig ingevuld registratiedocument. Indien de commissie van oordeel is dat de wettelijke voorwaarden niet voldaan zijn, zal de commissie het dossier overmaken aan het gerecht.

De euthanasiewet maakt euthanasie mogelijk. Een patiënt heeft recht op de vraag naar euthanasie. Euthanasie is echter geen afdwingbaar recht van de patiënt. Geen arts kan ertoe worden verplicht. Artsen hebben het recht een euthanasieverzoek te weigeren. Zij hebben het recht eigen ethische en/of medische grenzen te stellen. Artikel 14 van de wet van 2002 stelt dat eenieder mag weigeren om deel te nemen aan een proces van euthanasie maar tevens dat hij/zij zijn/haar weigering moet toelichten:

- Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen
- Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie.
- Weigert de behandelende arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Hij moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon<sup>6</sup>.

### 3. SPECIFIEKE PROBLEMEN BIJ DE TOEPASSING VAN DE EUTHANASIEWET IN DE PSYCHIATRISCHE ZORGCONTEXT

De vraag naar euthanasie wordt steeds meer gesteld. Toch dwingt de context van een psychiatrische aandoening tot bijzonder zorgvuldig omgaan met een euthanasieverzoek. De vraag is vaak een vraag naar verlossing van pijn en lijden, een gevolg van een niet langer aankunnen van de levenssituatie zoals die nu is. In deze handreiking wordt ieder verzoek tot levenseinde door een psychiatrische patiënt in eerste instantie opgevat als een vraag om levenshulp. Hulpverlening bij een euthanasieverzoek is op de eerste plaats gericht op het vinden van een levensperspectief, op het bieden van levensondersteuning. En dit vanuit de overtuiging en de ervaring dat personen die psychisch lijden, potentieel het vermogen blijven behouden om met dit lijden om te gaan, dat zij het lijden een plaats kunnen geven in hun leven en in dit leven terug een zin kunnen ontdekken. Zelfs bij ernstige aandoeningen is herstel mogelijk, kan hoop herwonnen worden, is er perspectief op een leven dat dragelijk is en voldoening geeft ondanks de symptomen en beperkingen. Vaak lukt het de patiënt niet alleen. Steun en begeleiding van de zorgverlener en de naaste omgeving zijn nodig om te herstellen.

Er zijn echter grenzen aan wat de zorgverlener kan en aan wat de professionele interventie vermag. Een patiënt kan zich onttrekken aan de zorg, kan onbereikbaar worden voor hulp, omdat het leed niet meer te harden is, niet meer te dragen. De hulpverlener kan worden geconfronteerd met een duurzaam euthanasieverzoek van een patiënt voor wie de situatie ondraaglijk is en voor wie er geen reële mogelijkheid meer is om dat lijden te verlichten. Hoe kunnen we zorgvuldig met deze vraag in de psychiatrische zorgcontext omgaan? We geven klinische en ethische overwegingen.

# 1. Klinische overwegingen

Verzoeken tot euthanasie gaan in België vooral uit van patiënten met een somatische aandoening waarvan het overlijden binnen afzienbare tijd te voorzien is<sup>7</sup>. Het verdere ziektebeloop en de nog resterende tijd van leven is dan redelijk voorspelbaar. Nagaan of een verzoek in deze context voldoet aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria is minder problematisch dan het beoordelen van een euthanasieverzoek in de psychiatrische zorgcontext. Het afwegen van een euthanasievraag omwille van psychisch lijden is bijzonder moeilijk. De toetsing van een verzoek aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria plaatst ons voor moeilijk oplosbare interpretatie- en toepassingsproblemen<sup>8</sup>. Het is namelijk niet eenvoudig in te schatten of een verzoek vrijwillig en weloverwogen is. Vaak heeft de doodswens van een psychiatrisch patiënt een tijdelijk en voorbijgaand karakter. Vaak is het een symptoom van de aandoening. Ook het afwegen of een verzoek gebeurt in een medisch uitzichtloze situatie is niet eenvoudig. Medische uitzichtloosheid bij een psychiatrische aandoening is zelden een absoluut gegeven. Ook het beoordelen van de ondraaglijkheid van het psychisch lijden is vaak problematisch. De context van psychiatrische aandoening dwingt bijgevolg tot bijzonder zorgvuldig omgaan met een euthanasieverzoek.

## 1. Een weloverwogen euthanasieverzoek<sup>9</sup>

Eén van de lastigste vragen in de psychiatrie is het beoordelen of de patiënt in staat is een weloverwogen keuze voor euthanasie te maken. Een verzoek is verweven met de aandoening, met het ondraaglijke en uitzichtloze lijden ten gevolge van de aandoening. De kans is groot dat de oordeelsvorming door de ziekte verstoord is. Een patiënt kan onvoldoende vrij zijn van dwingende invloeden die pathologisch van aard zijn. Voor vele patiënten is de lijdensdruk vanuit de psychiatrische problematiek zo groot dat zij inzicht verliezen in hun levenssituaties. De stoornis kan hun leven zo beheersen dat zij geen enkele afstand van hun psychiatrische problematiek kunnen nemen. Vanuit een innerlijke dwang van de stoornis wordt de patiënt tot de doodswens gedreven. In dergelijke situatie kan een vraag naar euthanasie geen voldoende vrije keuze zijn.

We kunnen echter niet in algemene termen stellen dat psychiatrische patiënten niet in staat zouden zijn een weloverwogen keuze voor euthanasie te maken. Een patiënt kan ondanks doorgedreven behandeling in staat zijn weloverwogen en realistisch een balans op te maken van zijn leven, zijn lijden, zijn toekomstperspectieven en de resterende behandelingen. Er zijn patiënten die onder de psychiatrische problematiek lijden, maar toch voldoende inzicht in hun levenssituatie behouden. Deze patiënten kunnen wel een zekere afstand nemen van hun problematiek en tot een weloverwogen en bewuste keuze komen.

Ook in de psychiatrische zorg moeten we dus erkennen dat een euthanasieverzoek het resultaat kan zijn van een zorgvuldig afwegingsproces, en kan in dat specifieke geval beschouwd worden als geen – of niet louter een - psychopathologisch verschijnsel. Dat de psychiatrische patiënt in staat is een weloverwogen keuze te maken, betekent dat de patiënt in voldoende mate en gedurende een langere tijd relevante feiten en omstandigheden kan overwegen, inzicht heeft in de pathologie die

aan zijn lijden ten grondslag ligt, op de hoogte is van resterende behandelingen met de te verwachten gewenste en ongewenste effecten, inzicht heeft in de prognose. Als de patiënt zijn verzoek op een redelijke wijze invoelbaar kan maken voor de arts en het behandelteam, kan er vastgesteld worden dat het 'oordeelsvermogen' ondanks de ziekte niet gestoord is. De psychiatrische patiënt heeft dan het vermogen om in vrijheid een verantwoord besluit te nemen over zijn leven en levenseinde.

Het oordelen over de wilsbekwaamheid vraagt psychiatrische deskundigheid. De arts en het behandelteam evalueren of een patiënt een weloverwogen keuze kan maken. T.a.v. de inhoud van de keuze mag neutraliteit verwacht worden. De keuze van de patiënt wordt bepaald door de waarden en opvattingen van de patiënt<sup>10</sup>. Hierin kunnen behandelaars en patiënt verschillen.

## **2. Medische uitzichtloze situatie<sup>11</sup>**

In de euthanasiewet is er sprake van medische uitzichtloosheid als twee voorwaarden tegelijk voldaan zijn: de patiënt bevindt zich in een toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en de toestand is het gevolg van een ernstige en ongeneeslijke, door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening.

Hoe kan bepaald worden dat lijden niet te lenigen is? Medisch gezien is lijden uitzichtloos als er geen redelijk behandelperspectief meer bestaat, als er geen redelijk perspectief meer is op verlichting, op verzachten of wegnemen van het lijden. In de psychiatrische context is het beoordelen van de medische uitzichtloosheid geen eenvoudig gegeven. Het verloop van een psychiatrische aandoening is vaak onzeker, onvoorspelbaar, verbetering is niet uit te sluiten. Medische uitzichtloosheid bij een psychiatrische aandoening is zelden een absoluut gegeven.

Ook niet-medische overwegingen spelen een rol in de beoordeling of het lijden voor de patiënt uitzichtloos is. Is er in de zorgverlening voldoende gezocht naar mogelijkheden die verandering kunnen bewerken, waardoor het lijden voor de patiënt meer dragelijk kan worden, en perspectief ontstaat op een leven dat ondanks de symptomen en beperkingen meer zinvol is? Kan de zorgrelatie versterkt worden? Kan de zorgverlening bijgestuurd worden? Kan er meer aangesloten worden bij de ervaring van de patiënt? Worden belangrijke personen in het leven van de patiënt in de ondersteuning betrokken? Kan een palliatieve zorgbenadering verandering bewerkstelligen? Inzetten op deze factoren kan het lijden meer dragelijk maken. Er moet echter gezocht worden naar het moeilijke evenwicht tussen therapeutische hardnekkigheid en therapeutisch fatalisme .

Medische uitzichtloosheid hangt ook af van de bereidheid, de moed en de motivatie van de patiënt om zich te laten behandelen. De patiënt moet op de hoogte zijn van resterende behandelingen die uitzicht kunnen geven op daadwerkelijke verlichting van het lijden binnen een redelijke termijn. Van de patiënt mag verwacht worden dat een reëel behandelingsperspectief niet geweigerd wordt. Joris Vandenberghe stelt dat de medische uitzichtloosheid geoperationaliseerd moet worden: van de patiënt mag verwacht worden evidence-based behandelingen en interventies voor betreffende

psychiatrische aandoening te proberen<sup>12</sup>. Indien de patiënt hiertoe niet bereid is, kan dit voor de behandelende arts een aanleiding zijn om het euthanasieverzoek niet verder uit te klaren.

De patiënt ervaart zijn lijden als ondraaglijk. Dit is persoonlijk en subjectief. Toch zullen de arts en het behandelteam op grond van belangrijke objectiveerbare elementen een oordeel moeten vormen van de ondraaglijkheid van het lijden voor de patiënt. Verschillende elementen worden hierbij overwogen: de persoonlijkheid, de biografie, de psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt, somatische gegevens, sociale factoren, de verhouding draaglast – draagkracht, ...<sup>13</sup>

### **3. Evaluatie euthanasievraag en het ziekteverloop**

De evaluatie van een verzoek vraagt niet alleen specialistische deskundigheid. Er is een relatie van vertrouwen nodig en een houding van mededogen om met de patiënt tot de bijzondere afweging van de euthanasievraag te komen. Een vraag naar euthanasie wordt pas echt gehoord in een diep menselijke ontmoeting, vanuit een houding van 'niet wetend' luisteren<sup>14</sup>. Het is hoe dan ook bijzonder moeilijk voor de hulpverlener om een inschatting te maken van wat het 'goede', het 'humane' is om te doen<sup>15</sup>. Joris Vandenberghe pleit in dit opzicht dat het inderdaad soms wenselijk kan zijn naast het begeleidingsspoor een ook exploratie van het verzoek te starten. Dit kan mogelijkheden bieden voor de therapie. Een eerste spoor blijft gericht op hoop, herstel en psychiatrische palliatieve zorg. Een tweede spoor stelt het euthanasieverzoek centraal door het te exploreren en indien aangewezen te concretiseren. Een dergelijke aanpak kan - indien aangewezen – geconcretiseerd worden in twee aparte trajecten (bv. parallel (dag)opname en ambulante begeleiding, of 2 parallelle ambulante psychiatrische begeleidingen). Het biedt de garantie dat de patiënt kan terugvallen op het herstelspoor als zijn euthanasievraag tijdens het stappenplan verdwijnt, opgeschort of uitgesteld wordt<sup>16</sup>. Gedurende het evaluatieproces is het noodzakelijk dat de hulpverleners extra blijven investeren in de zorg, blijven volhouden, blijven zoeken wat nog kan, blijven gericht op het lenigen van het lijden, het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënt en op herstel.

Het onderzoeken van de vraag naar euthanasie beïnvloedt het ziekteproces. Vaak zien we dat het erkennen en beluisteren van het verzoek positief is voor de patiënt: de patiënt krijgt meer inzicht in de aandoening, meer controle op zijn leven, de patiënt vindt nieuw perspectief, het euthanasieverzoek gaat het dagelijkse leven minder beheersen. Het behartigen van een euthanasievraag is niet altijd positief. Het onderzoeken van de ondraaglijkheid, de onbehandelbaarheid, de ongeneeslijkheid.... richt de aandacht op het lijden en de uitzichtloosheid. Dit kan de innerlijke weerbaarheid van de zieke mens ondermijnen waardoor het verloop van de aandoening negatief wordt beïnvloed en ook de kans op herstel gehypothekeerd<sup>17</sup>. Dit gegeven is een blijvende valkuil en paradox in de context van de exploratie van het euthanasieverzoek bij ondraaglijk psychisch lijden. Bovendien is er ook het risico van kopieergedrag (copycat effect) naar medepatiënten of bewoners toe. Ook hier dienen de zorgverleners bijzonder waakzaam te zijn over



de manier waarop er met de vraag naar euthanasie wordt omgegaan en hoe erover wordt gecommuniceerd.

## 2. Ethische overwegingen

Aansluitend bij de brede beweging van de zorgethiek kiezen we voor de relationele visie op ethiek met zijn **drie pijlers**: fundamentele waarden, dialoog en grondhoudingen<sup>18</sup>.

### 1. Eerste pijler: evalueren van fundamentele waarden

Waarden zijn de dragende grond van elke handeling. De keuze voor bepaalde waarden is getekend door het persoonlijke levensverhaal, ervaringen, cultuur, opvoeding, levensbeschouwing en vorming. Ethiek is een proces van kritisch reflecteren over de waarden.

Drie essentiële of fundamentele waarden spelen een rol in het omgaan met de vraag naar euthanasie:

- de waardigheid van de menselijke persoon,
- de autonomie van de patiënt,
- de zorgrelatie.

- **De waardigheid van de menselijke persoon**<sup>19</sup>.

Als persoon bezit de mens een fundamentele menselijke waardigheid. Het is de waardigheid die ieder mens bezit, gewoon op basis van zijn mens-zijn. Deze fundamentele menselijke waardigheid gaat niet verloren door ziekte, lijden, of een nakende dood. Het persoon-zijn en het daaruit afgeleide respect kunnen niet afhankelijk worden gemaakt van de beschikking over bepaalde vermogens, bijvoorbeeld de vermogens van verstand en geest. Ze zijn gegrond in het feit dat ieder mens een uniek wezen is (individueel), dat met en door de relatie met andere mensen steeds meer mens wordt (relationeel), en als zodanig deel uitmaakt van de samenleving als geheel (sociaal). Uit de fundamentele waarde van het persoon-zijn van de patiënt kunnen we de fundamentele ethische norm afleiden dat hulpverlening bij een euthanasieverzoek op de eerste plaats gericht zal zijn op het vinden van een levensperspectief, op het bieden van levensondersteuning. Hulpverleners stellen alles in het werk om de pijn en het lijden van de patiënt maximaal te bestrijden.<sup>20</sup>

Het beschermen van de waardigheid van de menselijke persoon kan absoluut opgevat worden. Zorgverleners hebben de plicht de waardigheid van de menselijke persoon te beschermen. Een patiënt heeft echter niet de onvoorwaardelijke plicht te leven. Beschermen van de waardigheid van de menselijke persoon betekent dat zorgverleners bij dilemma's in de concrete situatie met de patiënt en vanuit een betrokkenheid in dialoog gaan en een proportionele afweging maken tussen fundamentele waarden: de waardigheid van de menselijke persoon, de waarde van de autonomie-in-verbondenheid en de waarde van de zorg. Inzake euthanasie zal ook een afweging moeten

worden gemaakt tussen de waarde van het leven van de patiënt als dusdanig, en diens levenskwaliteit.

- **Autonomie in verbondenheid**<sup>21</sup>

De waardigheid van de mens bestaat er onder meer in dat de mens in principe in staat is bewust en vrij, en dus op een verantwoordelijke wijze, te kiezen en te handelen. Dit is de autonomie of de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Hieruit leiden we de ethische norm af dat in het geval een wilsbekwame patiënt euthanasie overweegt, de zorgverlener samen met de patiënt een zorgvuldige afweging maakt van het verzoek op basis van maximale en objectieve informatie (zorgvuldigheidscriteria, ziekteverloop, resterende behandelingsmogelijkheden, fatale strekking van het verzoek, ...) Het is aangewezen ook de familie, mits akkoord van de patiënt, te betrekken in die communicatie. De patiënt, familie en het interdisciplinair team proberen tot een weloverwogen keuze te komen. Bij de evaluatie van een euthanasieverzoek van een wilsbekwame patiënt zal er een proportionele afweging zijn van de waarde van autonomie in relatie tot het beschermen van de waardigheid van de persoon en de waarde van de zorg. Een genuanceerde en zorgvuldige afweging van een euthanasieverzoek vraagt veel bedenktijd.

In onze voorzieningen kiezen wij voor een relationele opvatting van de autonomie.<sup>22</sup> We denken de autonomie vanuit de verbondenheid. Mensen hebben het vermogen er als persoon te zijn juist door de verbondenheid: verbondenheid met anderen is voorwaarde om een autonome mens te worden. De autonomie van de patiënt is geen geïsoleerd en individueel gebeuren. Integendeel, bij de evaluatie van een euthanasieverzoek is een dialogale aanpak nodig waarbij alle betrokkenen actief participeren door hun perspectief op de patiënt kenbaar te maken. De dialoog ondersteunt de wilsbekwame patiënt om tot een weloverwogen keuze te komen.

Respect voor de autonomie van de zorgverlener betekent dat de eigen ethische en/of medische grenzen van de zorgverlener geëerbiedigd worden. Hieruit kunnen we de ethische norm afleiden dat de zorgverleners de patiënt tijdig informeren. Zo zal de arts aangeven welke verantwoordelijkheid hij of zij in het proces volgend op het verzoek wil nemen. Vanuit ethisch perspectief kan de arts er voor kiezen door te verwijzen naar een andere psychiater, of de huisarts.

De autonomie van de patiënt veronderstelt echter dat de patiënt wilsbekwaam is. Bij een psychiatrische aandoening kan de wilsbekwaamheid verminderd of uitgeschakeld zijn, waardoor een bewuste, vrije en verantwoordelijke keuze op een bepaald moment, of soms zelfs definitief niet mogelijk is en een euthanasieverzoek dus niet overwogen kan worden. Dan is de ethische norm: zorg aanbieden, zo goed mogelijk de menselijke waardigheid ondersteunen en herstel – ook van autonomie – bevorderen.

- **De waarde van de zorg**

In een integrale mensvisie zoals wij die ook binnen onze vzw hebben uitgewerkt, wordt sterk de nadruk gelegd op de relationele verbondenheid tussen mensen. Een wezenlijk element van die verbondenheid wordt uitgedrukt in de waarde van de zorg. “Zorg is een basisgegeven in ons leven. Allemaal zijn we in ons meest alledaagse doen betrokken in zorgaangelegenheden die allereerst onszelf aangaan. Zorg is een heel menselijke manier om kwetsbaarheid, die eigen is aan ons bestaan,

op te vangen. Toch staat de zorg voor onszelf nooit los van onze zorg voor anderen. In termen van verantwoordelijkheid betekent dit dat onze verantwoordelijkheid voor onszelf altijd verbonden is met verantwoordelijkheid voor anderen. Dat komt omdat we als mens fundamenteel relationele wezens zijn. We hebben elkaar nodig om mens te worden.” (Gastmans & Vanlaere 2005) Zoals we mens worden door de zorg van anderen voor ons, ontplooiën we ons ook als mens in en door onze zorg voor anderen.<sup>23</sup>

Zorg is ook een fundamentele waarde. Zorgverlening is gericht op het ondersteunen van de autonomie van de patiënt. Zorgverleners hebben de taak de best mogelijke zorg aan de patiënten aan te bieden om de gezondheid of het welzijn van de patiënt te bevorderen, het herstel te ondersteunen en de kwaliteit van zijn leven te verbeteren. Er zijn echter grenzen aan wat de professionele interventie vermag, de grens ligt in de autonomie van de patiënt<sup>24</sup>.

Ethiek is een proces van kritisch reflecteren over de waarden in de concrete situatie. In de praktijk zijn de situaties zo complex dat het respecteren en bevorderen van de ene waarden onvermijdelijk leidt tot het bedreigen of schenden van de andere waarden. De drie waarden - beschermen van de waardigheid van de menselijke persoon, respect voor de autonomie en de waarde van de zorg – zijn belangrijk in het omgaan met een euthanasieverzoek. In elke concrete situatie staan deze waarden in een spanningsveld en/of waardeconflict. Het komt erop aan elke waarde zoveel mogelijk te respecteren en te realiseren.

## **2. Tweede pijler: de dialoog**

Er is een grote verscheidenheid bij het afwegen van de waarden door de verschillende betrokkenen. Patiënten stellen de eigen keuze voorop. De zorgverleners hebben hun persoonlijk standpunt: sommigen kiezen principieel voor de beschermwaardigheid van het leven, anderen leggen de nadruk op het versterken van de zorgrelatie, anderen geven meer gewicht aan de keuze van de patiënt. Ook de naasten van de patiënt kunnen zeer verschillende standpunten innemen<sup>25</sup>. De verschillende betrokkenen kijken vanuit verschillende persoonlijke en professionele perspectieven naar de situatie. En geen enkel van deze perspectieven biedt een volledig zicht op de situatie in al haar aspecten. Eigen perspectieven kunnen verruimd worden door ze te confronteren met die van anderen. “Elk perspectief biedt immers een uniek zicht op de situatie. Door al die perspectieven in dialoog te expliciteren, te verhelderen en samen te leggen, kunnen we tot een vollediger zicht op die situatie komen.”<sup>26</sup>

In onze postmoderne en pluralistische maatschappij is er geen consensus meer over het evalueren van waarden. De enige manier om er op een constructieve manier mee om te gaan, is het voeren van een dialoog met alle betrokken partners. Vanuit ethisch perspectief is de dialoog de beste weg om verantwoordelijkheid op te nemen.

Daar waar er een conflict kan ontstaan tussen de patiënt die zijn autonomie en keuze voor euthanasie vooropstelt en de zorgverlener die kiest voor de beschermwaardigheid van het leven, kan aandacht voor de zorgrelatie leiden tot een gezamenlijk zoeken naar een oplossing voor het ondraaglijke lijden. Hierbij kan men zich laten leiden door de overweging dat niemand verplicht kan

worden tot ondraaglijk lijden, dat het uiteindelijk de patiënt is die de ondraaglijkheid vaststelt en kan vinden dat alle andere voorgestelde benaderingen, andere dan euthanasie, voor hem/haar onaanvaardbaar zijn. Dit kan meebrengen dat iemand die op basis van zijn levensbeschouwing gekant is tegen euthanasie, toch gedeeltelijk of geheel zijn medewerking verleent aan dat proces.<sup>27</sup>

### 3. Derde pijler: grondhoudingen

De derde pijler stelt het belang van grondhoudingen of attitudes van waaruit we handelen. In de traditie van de ethiek wordt de grondhouding 'deugd' genoemd. Het is een vaste gewoonte, een kwaliteit van de persoon om het handelen te richten op het goede.

Axel Liégeois beschrijft negen grondwaarden. De eerste drie grondhoudingen, **ontvankelijkheid, waarachtigheid en mildheid**, verwijzen naar kwaliteiten van de zorgverlener in de zorgrelatie, waarbij ontvankelijkheid, het open gevoelig en sensibel zijn voor anderen, de voorwaarde is voor alle andere grondhoudingen. Mildheid betekent o.a. onbekrompen, barmhartig en generositeit. De zorgverleners creëren steeds nieuwe kansen zodat er een hoopvol uitzicht blijft en toekomst mogelijk. De volgende drie grondhoudingen, **erkenning, aandacht en versterking**, verwijzen naar de benadering van de ander in de zorgrelatie. Erkenning van de ander als menselijke persoon is een actiever concept dan respect voor de ander. De ander is het waard als persoon erkend te worden, wat ook zijn mogelijkheden en beperkingen, overtuigingen en waarden, attitudes en gedragingen zijn. Erkenning wordt aangevuld met aandacht: zorgverleners die zich in het perspectief van de zorgvrager proberen in te leven. De laatste drie grondhoudingen, **integriteit, wijsheid en zelfreflectie**, verwijzen naar het maken van ethische keuzen in de zorg. Integriteit wijst op de consistentie van het handelen enerzijds en de eigen waarden en normen anderzijds. Het impliceert dus dat er geen discrepantie is tussen wat zorgverleners zich ethisch voorhouden en wat ze feitelijk doen. Wijsheid is een grondhouding om goede beslissingen te nemen op basis van redelijkheid en ervaring. Wijsheid wordt geïnspireerd door het persoonlijke geweten waar zorgverleners zoeken hoe ze hun opvattingen en inzichten kunnen toepassen in concrete situaties. Zelfreflectie is de grondhouding waarbij zorgverleners kritisch reflecteren over hun eigen handelen en hen behoedt voor routine. Ze bevragen hun eigen kennis en vaardigheden. Ze toetsen hun praktijk aan de goede praktijk van andere zorgverleners. Ze gaan op zoek naar wetenschappelijke evidentie en uiteindelijk toetsen ze hun eigen perspectief aan dat van de zorgvragers en de naastbetrokkenen.<sup>28</sup>

## 4. CONCRETE VERTALING NAAR DE VOORZIENINGEN

### 1. Uitgangspunten

Voor de voorzieningen is het belangrijk de visie van waaruit en de wijze waarop er binnen de voorzieningen zal worden omgegaan met een euthanasieverzoek te verhelderen. In de dagelijkse

realiteit worden de medewerkers meer en meer geconfronteerd met de vraag. Er is nood aan concrete handvatten, aan een transparant ethisch beleid.

**In de eerste plaats wordt er in de voorzieningen gekozen voor levensbegeleiding en wordt het perspectief van de hoop zo veel mogelijk centraal geplaatst.** Dit neemt niet weg dat we ook **het lijden van de patiënt ernstig willen nemen** en daarom het **verzoek om euthanasie willen beluisteren en uitklaren**. Het lijden mee helpen dragen is immers onze opdracht. Wij hopen echter dat de begeleiding en het uitklaren ertoe zullen leiden dat er niet tot euthanasie zal moeten worden overgegaan.

Indien er toch voor gekozen wordt om euthanasie uit te voeren dan kan dit voor ons enkel in zeer uitzonderlijke situaties waarbij aan alle wettelijke voorwaarden voldaan wordt én binnen de context van de bijkomende zorgvuldigheidscriteria die verder worden vermeld, mits toestemming van de patiënt.

De euthanasiewet maakt euthanasie immers mogelijk: **een patiënt heeft het recht de vraag naar euthanasie te stellen. Euthanasie is echter geen afdwingbaar recht** van de patiënt, geen arts kan ertoe worden verplicht. **Artsen en andere hulpverleners hebben het recht eigen ethische en/of medische grenzen te stellen.** Artikel 14 van de wet van 2002 stelt bovendien dat eenieder mag weigeren om deel te nemen aan een proces van euthanasie maar tevens dat hij zijn/haar weigering moet toelichten. Het gewetensbezwaar wordt dus wel tijdig medegedeeld en gemotiveerd. Indien de patiënt dit vraagt, kan zijn/haar dossier worden overgemaakt aan een andere arts. Gewetensbezwaren dienen steeds individueel en situatie per situatie te worden gemaakt.

Belangrijk is ook **elke stap die wordt genomen in het proces naar euthanasie toe duidelijk op te schrijven en te rapporteren in het dossier.**

Aan de wettelijke bepalingen willen we als vzw graag enkele bijkomende voorwaarden en zorgvuldigheidscriteria toevoegen, die de hulpverleners in staat stelt om op een doordachte, presente en zorgvuldige manier met een euthanasieverzoek om te gaan. Het evalueren van de euthanasievraag en de zorg voor de patiënt met een aanhoudend verzoek bijvoorbeeld, vraagt een intensieve, multidisciplinaire samenwerking. **Systematisch teamgericht overleg** met inbreng van verschillende disciplines en expertise is bijzonder belangrijk<sup>29</sup>. De eindverantwoordelijkheid van het proces ligt echter bij de arts.

Ook is het belangrijk om **in elke situatie na te gaan welke plaats het meest geschikt is om de euthanasie uit te voeren**, indien dit het besluit is dat na grondige deliberatie en overleg wordt genomen. Hierbij wijzen we onder meer op **de impact die de uitvoering op de kamer op de afdeling of dienst kan hebben** op de medepatiënten, bewoners en medewerkers<sup>30</sup>. Hier zijn zowel voor- als nadelen mee verbonden, die zorgvuldig moeten worden afgewogen<sup>31</sup>. Het niet-schaden van patiënten en medebewoners dient hier een belangrijke zorg te zijn. Vanuit het gegeven dat het

psychiatrisch ziekenhuis een therapeutische omgeving is waarin begeleiding en behandeling centraal staan, kan **worden gopteerd na overleg om de patiënt over te brengen naar een algemeen ziekenhuis dat hiertoe bereid is, om eventueel in aanwezigheid van de behandelende psychiater/arts de euthanasie op die plaats te laten doorgaan**. Een andere optie kan zijn om de uitvoering te laten gebeuren in de **thuisituatie**, na overleg met de context, de huisarts, eventuele andere arts(en)/LEIFarts en andere betrokkenen. Zeker in situaties met een beperkte opnameduur lijkt dit de meest evidente keuze. Indien men heel uitzonderlijk toch zou opteren om de uitvoering binnen de voorziening te laten doorgaan, kan ervoor gekozen worden de ondersteuning van een externe (LEIF)arts te vragen. Op deze wijze blijft de psychiater gezien worden als vertegenwoordiger van de levensbegeleiding en behoeder van de hoop.

Voor situaties waar de psychisch zieke patiënt *terminaal* ziek wordt en op basis daarvan om euthanasie vraagt, sluiten wij ons aan bij het standpunt zoals het in het Zorgnet/Icuro advies nr. 1 “Zorg voor een menswaardig levenseinde” verwoord werd.<sup>32</sup>

Hieronder wordt een ontwerp van **stappenplan** gegeven, die de verschillende voorzieningen binnen de VZW kunnen gebruiken in het zorgvuldig uitklaren van een euthanasieverzoek. Het stappenplan kan worden verfijnd, concreter worden uitgewerkt en aangepast aan de specifieke context van de individuele voorzieningen, maar dient wel als aanbeveling voor maximale teambetrokkenheid vanuit een cultuur van openheid en overleg die eigen is aan de VZW. Bovendien wil het stappenplan ook tegemoet komen aan een aantal leemtes in de wetgeving, om zodoende op de meest professionele en zorgzame manier om te springen met verzoeken om euthanasie binnen de specifieke context van de geestelijke gezondheidszorg en onze voorzieningen in het bijzonder. In dit stappenplan willen we zeker ook de aandacht richten op het uitbouwen van een ‘referentieteam levenseinde’, en de uitbouw van de crustatieve en palliatieve zorg binnen de voorzieningen.

## 2. Stappenplan: enkele aanzetten

### Stap 1 Patiënt neemt zorgverlener in vertrouwen

De zorgverlener beluistert de vraag van de patiënt, staat open voor de vraag en probeert de betekenissen van de vraag voor de patiënt te achterhalen: Waarom stelt patiënt de vraag? Wat is de motivatie van de vraag? Aan wie stelde de patiënt de vraag reeds? Sinds wanneer stelt patiënt de vraag? Hoe vaak heeft de patiënt de vraag al gesteld? Heeft hij de vraag reeds aan de huisarts gesteld? Met welke naasten heeft de patiënt de vraag tot nu toe gedeeld? Met wie spreekt de patiënt de vraag door? .... In openheid en respect wordt de vraag beluisterd. Er worden meerdere gesprekken gevoerd.

De zorgverlener vraagt de patiënt wat hij verwacht dat er met de vraag gebeurt. De zorgverlener deelt ook mee dat zo een belangrijke vraag als euthanasie, indien deze vraag aanhoudt, gedeeld wordt met het team. In onze voorzieningen wordt er interdisciplinair gewerkt.

De zorgverlener spoort de patiënt aan om de vraag aan de behandelende arts – dit is in de meeste gevallen een psychiater op de dienst of afdeling – te stellen. De vraag naar euthanasie moet aan een arts gesteld worden en schriftelijk gebeuren, wil deze rechtsgeldig zijn. Het is de arts die verantwoordelijkheid neemt en de procedure volgt om na te gaan of een verzoek beantwoordt aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria. Ook indien dit niet het geval is, moet er uiteraard op weg gegaan worden door het team met de achterliggende gevoelens, met de vraag om hulp en de motivatie van de zorgvrager om dit verzoek te stellen.

## **Stap 2 De arts verkent de vraag in het multidisciplinair team**

Teamgerichte inbreng geeft ruimte aan de verschillende betrokken zorgverleners om vanuit hun ervaring en expertise de euthanasievraag te onderzoeken.

Vanuit dit systematische overleg kan de arts beslissen niet in te gaan op het verzoek omwille van formele problemen: het verzoek is niet weloverwogen, niet herhaald, door pathologie ingegeven, er is nog een redelijk behandelingsperspectief, ...

De arts en het team gaan na of behandeling, verzorging en/of begeleiding bijgesteld kunnen worden. Het gesprek met de patiënt wordt voorbereid. Er wordt nagegaan of in het overleg met de patiënt betekenisvolle derden of andere zorgverleners kunnen betrokken worden.

Op basis van de teambespreking(en) kan de arts beslissen het verzoek verder te overwegen.

Er kunnen concrete afspraken worden gemaakt voor het aanhouden van de 2 sporen:

- zorgaanbod gericht op hoop, herstel, eventueel palliatieve zorg
- concrete opvolging van het verzoek.

Voor de patiënt en voor de teamleden moet het duidelijk zijn wie het euthanasieverzoek verder behartigt: wie onderzoekt, en zal wie onderzoekt ook uitvoeren?

## **Stap 3 Patiënt informeren of het verzoek overwogen wordt**

Indien het verzoek niet overwogen wordt, geeft de behandelende arts op een bevattelijke manier aan waarom het verzoek niet overwogen kan worden.

Indien het verzoek wel te overwegen is, wordt de patiënt gevraagd zijn verzoek schriftelijk, gedateerd en getekend in te dienen<sup>33</sup>. De arts voegt dit document in het medisch dossier<sup>34</sup>. De patiënt wordt geïnformeerd over de wet en de zorgvuldigheidscriteria.

De patiënt krijgt informatie over het traject dat doorlopen zal worden om het verzoek grondig te evalueren (toetsen van de zorgvuldigheidscriteria, overleg met huisarts, eventueel met vroegere behandelaars, bij voorkeur overleg met familie en/of betekenisvolle derden, mogelijkheid van een second opinion,...). De toestemming voor overleg met andere zorgverleners wordt door de patiënt ondertekend. Indien hij/zij hier zonder grondige reden niet mee akkoord gaat, kan dit een indicatie zijn voor de behandelende arts het verzoek om euthanasie niet verder uit te klaren. Eventueel kunnen andere pistes met betrekking tot het levenseinde zoals palliatieve zorg, negatieve wilsverklaring,... of andere zorgtrajecten zoals crustatieve zorg worden besproken en voorgesteld.

## Stap 4 Grondige evaluatie van een formeel euthanasieverzoek<sup>35</sup>

### 1. Nagaan of het verzoek beantwoordt aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria.

#### 1) Onderzoeken of het verzoek van de patiënt vrijwillig, weloverwogen en duurzaam is.

Is het verzoek een bewuste keuze<sup>36</sup>, onafhankelijk van dwingende beïnvloeding van buitenaf en van binnenuit? Dit veronderstelt dat de patiënt voldoende ziektebesef en zelfkennis heeft. In de psychiatrische context is een euthanasieverzoek vaak teken van een onderliggende stoornis/problematiek. De pathologie kan de oordeelsvorming en wilsbekwaamheid ernstig aantasten. Negatieve vertekening van zichzelf, verstoorde realiteitszin, gevoelens van hopeloosheid en uitzichtloosheid, ... maken dat een euthanasieverzoek niet vrijwillig, bewust en weloverwogen kan zijn; en dus niet opgevolgd kan worden

Volgende vragen worden onderzocht:

- Stelt de patiënt de vraag onafhankelijk van dwingende invloeden van anderen?
- Heeft de patiënt het vermogen om een weloverwogen besluit te nemen?
- Kan de patiënt in voldoende mate en gedurende een langere tijd alle relevante feiten en omstandigheden meewegen om tot dergelijk verzoek te komen?

Een psychiatrische patiënt kan ondanks doorgedreven behandeling in staat zijn een goed overwogen en realistische balans op te maken van zijn leven, zijn lijden, zijn toekomstperspectieven en de therapeutische mogelijkheden. Het euthanasieverzoek kan duurzaam zijn en beantwoorden aan de wettelijke criteria.

Of de patiënt gedurende een langere periode de vraag stelt naar euthanasie kan bevestigd worden bij de huisarts, bij teamleden, bij vorige behandelaars, bij familie en betekenisvolle derden.

#### 2) Onderzoeken of alle reële mogelijkheden om het lijden te verlichten, zijn uitgeput.

Een patiënt kan maar tot een weloverwogen keuze komen als hij voldoende geïnformeerd is – op een voor de patiënt begrijpelijke wijze - over zijn ziekte, de vooruitzichten en behandelingsmogelijkheden. Dit veronderstelt dat de patiënt bereid is zich te laten informeren. Voor de patiënt moet het duidelijk zijn welke behandelingsperspectieven er nog zijn, of er redelijke andere oplossingen zijn om het lijden te lenigen, zo ook de palliatieve zorgbenadering.

Van de patiënt mag verwacht worden dat hij daadwerkelijk bereid is redelijke behandelingen (evidence based, volgens de state of the art) te volgen. Arts en teamleden kunnen de voorwaarde stellen dat de patiënt een reëel behandelingsperspectief in deze niet kan weigeren.

Volgende vragen worden met de patiënt besproken:

- Kan de patiënt zijn gezondheidstoestand inschatten?
- Heeft hij/zij zicht op zijn levensverwachting?
- Is patiënt op de hoogte van de resterende therapeutische en palliatieve mogelijkheden?
- Het inschatten en uitproberen van resterende behandelingsmogelijkheden kan in sommige gevallen een proces zijn dat lange tijd kan lopen



**3) Onderzoeken of er sprake is van een door de patiënt ervaren uitzichtloos en ondragelijk lijden dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.**

Het verloop van een psychiatrische aandoening is vaak niet voorspelbaar, uitgesproken verbetering is niet uit te sluiten. Patiënten kunnen herstellen, kunnen het leven meer dragelijk ervaren ondanks de symptomen en beperkingen. Medische uitzichtloosheid is niet absoluut. Maar de psychiatrische patiënt ervaart zijn situatie als uitzichtloos, als een toestand van aanhoudend en ondragelijk lijden dat niet te lenigen is. (invoelbaarheid van het lijden)

**4) Nagaan of het euthanasieverzoek met de naasten van de patiënt besproken kan worden.**

De wet voorziet dat de behandelende arts het verzoek kan bespreken met naasten door de patiënt aangeduid. De betrokkenheid van en de dialoog met de naaste omgeving is belangrijk. Wettelijk gesproken is de vraag naar euthanasie een individueel recht van de patiënt. Het kan zijn dat de patiënt geen toestemming geeft voor overleg. We kunnen de patiënt niet dwingen tot 'bespreekbaarheid'. Er zijn ook situaties waar bespreekbaarheid met de familie niet kan en/of niet wenselijk is.

De behandelende arts beoordeelt welk gevolg dit kan hebben voor de verdere evaluatie en het eventuele inwilligen van het euthanasieverzoek.

**5) Nagaan of de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenst te ontmoeten.**

De wet voorziet dat de behandelende arts bij de patiënt nagaat of de patiënt zijn verzoek heeft kunnen bespreken met anderen die voor de patiënt van betekenis zijn.

## **2. Systematisch overleg om tot een zorgvuldige evaluatie te komen.**

**1) Intercollegiaal overleg en overleg met andere deskundigen**

Het kan aangewezen zijn dat de behandelende arts met collega's, in het bijzonder collega's met specifieke deskundigheid van de betreffende psychiatrische stoornis, in gesprek gaat. Het kan ook zinvol zijn andere specialisten te betrekken gespecialiseerd in een bepaalde behandeling.

**2) Overleg met de huisarts**

De huisarts kan belangrijke informatie verstrekken die noodzakelijk is voor de evaluatie van de euthanasievraag. Ook als de patiënt dit niet wil, kan de behandelende arts stellen dat er informatie bij de huisarts ingewonnen wordt om een zorgvuldige afweging te kunnen maken. Als de patiënt geen toestemming geeft, kan de behandelende arts afzien van het inwilligen van het euthanasieverzoek.

**3) Eventueel overleg met vroegere behandelaars**

De behandelende arts kan in overleg met de patiënt vroegere behandelaren benaderen om aanvullende gegevens te verkrijgen, die de behandelende arts van belang acht voor zijn evaluatie van het euthanasieverzoek.

#### **4) Mogelijkheid van een second opinion**

Wanneer behandelende arts en patiënt van mening verschillen of het verzoek beantwoordt aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria, of wanneer het behandelteam twijfelt, kan de arts aan de patiënt voorstellen een second opinion te vragen aan een andere psychiater. De patiënt wordt dan door een andere psychiater gezien, onderzocht, gehoord.

Opgelet: dit is niet de wettelijk verplichte raadpleging van een andere arts in het kader van de opvolging van het euthanasieverzoek! Een second opinion heeft de bedoeling de behandelende arts (+ het team) en de patiënt te ondersteunen in de evaluatie van de medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondragelijk lijden dat niet te lenigen is, en redelijke behandel mogelijkheden te achterhalen. (kan een eventuele opname in een gespecialiseerde setting zijn)

### **3. Ethische consultatiecommissie/ referentieteam levenseindebeslissingen**

Bij een aanhoudende vraag kan advies van de ethische consultatiecommissie/referentieteam levenseindebeslissingen worden gevraagd. De probleemstelling wordt duidelijk geformuleerd.

Bedoeling: ethische toetsing, ethisch advies

- Bespreken of de zorgvuldigheidscriteria van toepassing zijn.
- Nagaan of het schriftelijke verzoek in het dossier aanwezig is.
- Verschillende standpunten van alle betrokkenen aan bod laten komen.
- In een gezamenlijk proces van overleg onderzoeken of de keuze van de patiënt voor euthanasie een invoelbare keuze is, of euthanasie vanuit het perspectief van de patiënt mogelijk is.
- Indien er besloten wordt geen verdere stappen te zetten in het euthanasieproces, nagaan welke alternatieven aan patiënt aangeboden kunnen worden.
- Zo er besloten wordt verdere stappen te zetten in het euthanasieproces, informeert de behandelende arts de patiënt over de te volgen stappen.

Eventueel kan een directiecomité er ook voor opteren een referentieteam levenseinde op te richten, al dan niet in een samenwerkingsverband. Dit team bestaat uit een aantal personen die expertise met betrekking tot levenseindebeslissingen hebben opgebouwd, en die de arts en het multidisciplinair team kunnen ondersteunen in het uitklaringsproces. De samenstelling van dit team zou bijvoorbeeld kunnen zijn: een psychiater, een huisarts, een psycholoog, een verpleegkundige, een ethicus en een medewerker van de dienst zinzorg en pastoraal.

#### **Stap 5 Advies van een andere arts, advies van een tweede psychiater bij een niet-terminale patiënt**

Er is een bijkomend advies van een arts/psychiater nodig: deze arts is onafhankelijk en deskundig, krijgt volledige inzage in het medisch dossier, onderzoekt de patiënt, gaat na of het

euthanasieverzoek beantwoordt aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen, stelt een verslag op. Dit verslag wordt in het medisch dossier gevoegd. De behandelende arts informeert de patiënt over dit advies.

Indien de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, niet-terminaal<sup>37</sup> is, dan is er extra advies nodig van een andere psychiater.

Beide geraadpleegde artsen moeten onafhankelijk zijn: onafhankelijk t.a.v. behandelende arts die het euthanasieverzoek behartigt, en onafhankelijk t.a.v. patiënt, d.w.z. niet in behandeling betrokken of betrokken geweest zijn<sup>38</sup> en onafhankelijk van elkaar.

De geraadpleegde artsen zijn deskundig: bevoegd om over de psychiatrische aandoening in kwestie te oordelen.

De wet bepaalt dat een advies nodig is, de wet zegt niets over de inhoud van het advies. De wet zegt dus niet dat de adviezen eensluidend moeten zijn. De bevindingen van de geraadpleegde artsen kunnen afwijken van de bevindingen van de behandelende arts/behandelteam.

*Opmerking: Wanneer adviezen niet eensluidend zijn, pleiten de voorzieningen voor een grote terughoudendheid!*

## **Stap 6 Ethische consultatiecommissie/referentieteam levenseindebeslissingen**

Bedoeling: ethische toetsing, ethisch advies

- bespreking van de verslagen van de eerste en de tweede geraadpleegde arts
- tot een besluitvorming komen
- afspraken indien euthanasie uitgevoerd zal worden: wie begeleidt patiënt voor en tijdens de uitvoering, waar zal de uitvoering<sup>39</sup> doorgaan, met patiënt en familie overleggen

## **Stap 7 Verdere opvolging door het multidisciplinair team**

Welke hulpverlener kan/wil/zal vrijwillig betrokken blijven?

Welke begeleiding heeft patiënt en/ of familie nodig?

Bespreking met patiënt en eventueel familie van de volgende stappen die gezet zullen worden voor de uitvoering van de euthanasie.

## **Stap 8 Praktische voorbereiding voor de uitvoering**

## **Stap 9 Uitvoering**

## **Stap 10 Nazorg**

Begeleiding van medepatiënten

Begeleiding van zorgverleners en arts

Nazorg familie

# BIBLIOGRAFIE

- Bernheim, J., Distelmans, W. en Mullie, A. Het Belgische model van integrale levenseindezorg: palliatieve zorg en wettelijke euthanasie als aanvullende, niet-tegenstrijdige ontwikkelingen. Deel I. Historische, epidemiologische en regulatorische gegevens. Deel II. Nationale en internationale controverses. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 68, nr. 11, 2012. PP. 539-359
- Burggraeve, R. Waarom is mijn pijn niet te helen? De vele gezichten van het lijden als kwaad. In Haekens, A., Hermans, J. en Vandenhoeck, A. (2008). Geen eind aan mijn pijn? Over uitzichtloos psychisch lijden. Antwerpen/Apeldoorn: Garant. PP. 19-45.
- De Boer, A.P. en Oei, T.I. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2011, JG. 53/8. PP. 543-550.
- De Lange, F. In andermans handen. Over grenzen in de zorg. In Zock, H. en Krikilion, W. (2011) Eindigheid in de geestelijke gezondheidszorg. Tilburg, KSGV. PP. 116-136.
- Eneman, M. en Vanhee, L. Verlies, herstel en zin bij het lijden onder schizofrenie. In Zock, H. en Krikilion, W. (2011) Eindigheid in de geestelijke gezondheidszorg. Tilburg, KSGV. PP. 18-35.
- Eneman, M. Voor een humane geestelijke gezondheidszorg. Lezing in de reeks Spiritualiteit in de gezondheidszorg. Leuven. 27 april 2010. Niet gepubliceerd verslag.
- Eneman, M en Liégeois, A. Ethisch advies over de preventie van zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 2009, JG. 51/5. PP. 315-324.
- Honig, A. en Koerselman, F. Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus'. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 2011, JG. 53/10. PP. 783-790.
- Liégeois, A. Uitzichtloos psychisch lijden en de vraag naar euthanasie. Een psychiatrische-ethische visie. In Haekens, A., Hermans, J. en Vandenhoeck, A. (2008). Geen eind aan mijn pijn? Over uitzichtloos psychisch lijden. Antwerpen/Apeldoorn: Garant. PP. 119-131.
- Liégeois, A. Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg. (2009). Leuven, Lannoo Campus.
- Sweerts, K., De Hert, M. en Detraux, J. Een menswaardige palliatieve zorgverlening voor patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis: utopie of noodzaak? *Psychiatrie en Verpleging, Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg*, mei-juni 2011. PP. 156-170.
- Thienpont, L. Reflecties aan de hand van 50 patiënten met de vraag naar euthanasie op basis van psychisch lijden. *Uitgegeven door VZW VONKEL een luisterend huis*, 2011. PP. 1-37.
- Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W.A., Polak, F. en Scherders, M.J.W.T. Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis. *Uitgegeven door Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*, 2009. PP. 1-82.
- Van Audenhove, C. (2012). Toenemende vraag om euthanasie op grond van psychisch lijden. Geraadpleegd op 26 november 2012, via <http://nieuws.kuleuven.be/node/10882>.
- Vandenbergh, J. De 'goede dood'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2011, JG. 53/8. PP. 551-553.
- Vandenbergh, J. Euthanasie en psychiatrie: ethische en klinische overwegingen. *Lezing 27/3/2012 op het symposium "Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden"*

Werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg Broeders van Liefde (2006). Ethisch advies: Begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek tot euthanasie in een niet-terminale situatie. Geraadpleegd op 13 oktober 2012, via <http://www.fracarita.org/document/ethiek>.

Visietekst Federatie Palliatieve Zorg. 'Over palliatieve zorg en euthanasie.

Vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu. Ethisch advies: Zorg voor patiënten die euthanasie vragen omwille van psychisch lijden. November 2006.

Vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu. Mensvisie februari 2003.

Vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu. Relationele autonomie. Maart 2005.

Zorgnet Vlaanderen Ethisch Advies 16. Palliatieve sedatie. 2012.

Zorgnet Vlaanderen Verbondsnota's

2011/15 Communicatie van verpleegkundigen in de zorg voor patiënten met een euthanasievraag

2011/23 Gewetensproblemen in zorg omtrent het levenseinde

## NOTEN

---

<sup>1</sup> De term patiënt wijst in het document ook op een bewoner, een resident, ....

<sup>2</sup> De Boer, A.P. en Oei, T.I. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2011, JG. 53/8. .

<sup>3</sup> Sinds 28 februari 2014 werd een wet goedgekeurd die het ook voor minderjarigen mogelijk maakt om om euthanasie te verzoeken en te laten toepassen. Hier werden echter bijkomende voorwaarden aan gekoppeld, zoals het feit dat het hier uitsluitend over situaties van ondraaglijk fysisch lijden kan gaan.

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2014022803&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2014022803&table_name=wet) (toegang 02.03.2017).

<sup>4</sup> Vandenberghe, J. Euthanasie en psychiatrie: ethische en klinische overwegingen. *Lezing 27/3/2012 op het symposium "Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden"*

<sup>5</sup> De twee geraadpleegde artsen moeten volgens de wet niet hun akkoord geven. Zij worden geraadpleegd en moeten onafhankelijk van elkaar een verslag opstellen van hun bevindingen. Deze verslagen worden toegevoegd aan het medisch dossier van de patiënt.

<sup>6</sup> Wettelijk is de arts niet verplicht door te verwijzen naar een collega arts. Het is aan de patiënt om een andere arts te raadplegen, die tot uitvoering bereid is en aan wie het dossier wordt overgemaakt. Vanuit deontologisch perspectief, vanuit ethische bewogenheid, kan een arts er wel voor kiezen door te verwijzen naar een andere psychiater, of de huisarts.

<sup>7</sup> Uit het meest recente verslag van de federale controlecommissie euthanasie (2014-2015) blijkt dat de belangrijkste aandoening die aan de basis lag van een verzoek tot euthanasie kanker was. Het aantal verzoeken om euthanasie op basis van mentale en gedragsproblemen is nog steeds gering

---

(3,1%). <http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/fcee-euthanasie-verslag-2016> (toegang 02.03.2017).

<sup>8</sup> Vandenberghe, J. Euthanasie en psychiatrie: ethische en klinische overwegingen. *Lezing 27/3/2012 op het symposium "Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden"*

<sup>9</sup> Eneman, M en Liégeois, A. Ethisch advies over de preventie van zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor psychiatrie, 2009, JG. 51/5. Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W.A., Polak, F. en Scherders, M.J.W.T. Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis. *Uitgegeven door Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009.* Vandenberghe, J. Euthanasie en psychiatrie: ethische en klinische overwegingen. *Lezing 27/3/2012 op het symposium "Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden"*.

<sup>10</sup> De Boer, A.P. en Oei, T.I. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 2011, JG. 53/8.*

<sup>11</sup> Eneman, M en Liégeois, A. Ethisch advies over de preventie van zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor psychiatrie, 2009, JG. 51/5. Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W.A., Polak, F. en Scherders, M.J.W.T. Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis. *Uitgegeven door Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009.* Vandenberghe, J. Euthanasie en psychiatrie: ethische en klinische overwegingen. *Lezing 27/3/2012 op het symposium "Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden"*

<sup>12</sup> Vandenberghe, J. Euthanasie en psychiatrie: ethische en klinische overwegingen. *Lezing 27/3/2012 op het symposium "Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden"*

<sup>13</sup> Voor een uitvoerige bespreking zie Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W.A., Polak, F. en Scherders, M.J.W.T. Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis. *Uitgegeven door Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009.*

<sup>14</sup> Mullie, A. Verslag vzw Reflectiecommissie 21/01/2011

<sup>15</sup> Eneman, M. Voor een humane geestelijke gezondheidszorg. Lezing in de reeks Spiritualiteit in de gezondheidszorg. Leuven. 27 april 2010.

<sup>16</sup> Vandenberghe, J. Euthanasie en psychiatrie: ethische en klinische overwegingen. *Lezing 27/3/2012 op het symposium "Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden"* P. 8.

<sup>17</sup> Vandenberghe, J. Euthanasie en psychiatrie: ethische en klinische overwegingen. *Lezing 27/3/2012 op het symposium "Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden"*

<sup>18</sup> Wij maken hier gebruik van de inzichten van Axel Liégeois. Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg. Leuven, Lannoo Campus. 2009

<sup>19</sup> Deze alinea is enerzijds gebaseerd op het oorspronkelijk advies: vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu. Ethisch advies: Zorg voor patiënten die euthanasie vragen omwille van

---

psychisch lijden. November 2006. Anderzijds is ook gebruik gemaakt van het Ethisch advies: Begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek tot euthanasie in een niet-terminale situatie Werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg. Broeders van Liefde(2006). En ook van Eneman, M en Liégeois, A. Ethisch advies over de preventie van zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor psychiatrie, 2009, JG. 51/5.

<sup>20</sup> Deze alinea is een bijna integraal gebaseerd op Zorgnet Vlaanderen Ethisch Advies 16. Palliatieve sedatie. 2012

<sup>21</sup> Zie eindnoot 16.

<sup>22</sup> Zie ook vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu. Relationele autonomie. Maart 2005.

<sup>23</sup> Deze alinea is integraal overgenomen uit Vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu. Ethisch advies: Zorg voor patiënten die euthanasie vragen omwille van psychisch lijden. November 2006.

<sup>24</sup> De Lange, F. In andermans handen. Over grenzen in de zorg. In Zock, H. en Krikilion, W. (2011) Eindigheid in de geestelijke gezondheidszorg. Tilburg, KSGV.

<sup>25</sup> Deze alinea is integraal overgenomen uit Ethisch advies: Begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek tot euthanasie in een niet-terminale situatie Werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg. Broeders van Liefde(2006).

<sup>26</sup> Liégeois, A. Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg. Leuven, Lannoo Campus. 2009

<sup>27</sup> Idem 22

<sup>28</sup> Liégeois, A. Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg. Leuven, Lannoo Campus. 2009

<sup>29</sup> Omgaan met de euthanasievraag is voor de zorgverleners emotioneel en existentieel belastend. Interdisciplinair overleg biedt de ruimte om persoonlijke ervaringen, gevoelens en ethische reflectie te delen.

<sup>30</sup> Uiteraard zal de aanpak hier verschillen naar gelang het type voorziening. Zo zijn er andere mogelijkheden en opties in een ziekenhuis dan in een PVT of centrum voor psychische revalidatie. Vooral in de kleinere voorzieningen zal men wellicht een proces moeten doorlopen in samenwerking met een aantal (externe) partners.

<sup>31</sup> Zo kunnen we bijvoorbeeld het onderscheid maken tussen enerzijds een situatie waarbij een bewoner verkiest om de euthanasie door te laten gaan op zijn/haar kamer in de PVT, waar hij/zij reeds jaren woont en deze plaats als een thuis beschouwt en ook feitelijk is. Anderzijds is toch een grotere aarzeling en terughoudendheid geboden wanneer het gaat over een zorgvrager in opnamesituatie.

<sup>32</sup> <http://www.zorgneticuro.be/publicaties/ethisch-advies-1-zorg-voor-een-menswaardig-levenseinde-geactualiseerde-versie> (toegang 06.03.2017).

<sup>33</sup> Indien de patiënt zelf geen schriftelijk document kan opstellen, kan hij een meerderjarige persoon kiezen die in zijn plaats het document opstelt in het bijzijn van een arts.

De patiënt kan op elk moment zijn verzoek intrekken. Het schriftelijke document wordt dan uit het dossier verwijderd.

---

<sup>34</sup> In het elektronisch dossier wordt ingevoegd wanneer verzoek ontvangen werd. In het dossier wordt elke wijziging bijgehouden.

<sup>35</sup> Voorliggend stappenplan integreert de wettelijke e zorgvuldigheidscriteria. De grondige analyse van de Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis. *Uitgegeven door Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*, is een belangrijke bron van inspiratie

<sup>36</sup> Aandachtspunt: komen tot een zo neutraal mogelijke beoordeling van het euthanasieverzoek. Wat beoordeeld moet worden is of patiënt tot een weloverwogen keuze in staat is, niet de inhoud van de keuze wordt beoordeeld.

Het is ook belangrijk bewust te zijn van overdracht en tegen overdracht: gevoelens, onbewuste motieven spelen altijd in een relatie.

<sup>37</sup> De euthanasiewet definieert niet wat het verschil is tussen terminaal en niet-terminaal. De inschatting van 'terminaal' is niet eenvoudig te onderscheiden. De wetgever heeft de inschatting overgelaten aan de behandelende arts.

<sup>38</sup> In de Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis. Van *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*, PP. 42, wordt uitdrukkelijk bepaald dat de onafhankelijk ook onafhankelijkheid van het ziekenhuis is.

<sup>39</sup> 'In de somatische zorg vragen we aan de pt zelf: wat wil je? Wanneer euthanasie bespreekbaar is, dan ook de vraag 'waar' de euthanasie uitgevoerd zal worden. Ook hier het team betrekken en patiënt verantwoordelijkheid geven: met patiënt doorpraten wat de effecten kunnen zijn op de afdeling, patiënt kan geen egoïstische keuze maken. De vraag waar euthanasie uitgevoerd zal worden vroeg in het proces binnen brengen: patiënt mee doen nadenken over het proces dat zal plaats vinden in 'zijn' omgeving: wie zal hoe om jou treuren? Deze vraag kan een kiem van hoop in zich dragen.' Mullie, A. Verslag vzw Reflectiecommissie 21/01/2011.