

Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis

Het verzoek van een groep psychiaters en andere artsen aan het college van procureurs-generaal om een strafrechtelijk onderzoek inzake de verlening van euthanasie aan een minderjarige patiënte

Theo Matthijssen¹ 10 september 2024

Inhoud

1. Inleiding
2. De brief aan de voorzitter van het college van procureurs-generaal
3. Desinformatie over de rechtsgeschiedenis met betrekking tot euthanasie bij psychische stoornissen
4. De Hoge Raad over euthanasie bij psychisch lijden
5. De NVvP-richtlijn van 1998
6. De geschiedenis van de totstandkoming van de Euthanasiewet (Wtl) in de periode 1999-2001
7. De NVvP-richtlijn van 2018 en de praktijk van de verlening van euthanasie aan psychiatrisch patiënten
8. De Stichtingen KEA en ThaNet
9. Het begrip 'uitzichtloos' in artikel 2 lid 1 onder b van de Euthanasiewet
10. Toetsing, publieke verantwoording en de gevolgen van publiciteit
11. De actie van de psychiaters Denys, Van Os en Van Rooij
12. Tot slot

Bijlage 1 De 'brief' van 29 april 2024 aan het college van procureurs-generaal

Bijlage 2 Het interview van prof. dr. D.A.J.P. Denys in de *NRC* van 20 juli 2024, door Bas Haan

Bijlage 3 Persbericht Openbaar Ministerie d.d. 24 juli 2024

Bijlage 4 Passages wetsgeschiedenis Euthanasiewet over vervolgingsmonopolie OM

Bijlage 5 A.J. Tholen, R.L.P. Berghmans, J. Legemaate, W.A. Nolen, J. Huisman en M.J.W.T. Scherders, 'Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische stoornis; richtlijnen voor de psychiater', *Ned Tijdschr Geneesk* 1999 24 april;143(17).

Bijlage 6 Antwoorden van Staatssecretaris Karremans d.d. 30 augustus 2024 op vragen van het lid van de Tweede Kamer Hertzberger (NSC)

Bijlage 7 Antwoorden van Staatssecretaris Karremans d.d. 30 augustus 2024 op vragen van het lid van de Tweede Kamer Paulusma (D66)

1. Inleiding

Het euthanasiewereldje is deze zomer opgeschrikt door een bizarre actie van drie psychiaters die door middel van een 'vertrouwelijke' brief aan de voorzitter van het college van procureurs-generaal enkele collega's, die in hun ogen lichtvaardig euthanasie verlenen aan (jonge) psychiatrisch patiënten, hebben proberen te elimineren.² Die poging is op niets uitgelopen maar de heren hebben wel veel verwarring gezaaid en een enorm rookgordijn weten op te trekken waardoor het zicht op de problemen met de euthanasieverlening voor patiënten met een psychische stoornis verloren dreigt te gaan. Ik laat in het midden of de drie psychiaters zich schuldig hebben gemaakt aan laster of aan tuchtrechtelijke vergrijpen, zoals sommigen vinden, maar zal in dit artikel proberen uit de doeken te doen wat er in feite is gebeurd en welke problemen zich voordoen bij de euthanasieverlening in de psychiatrie. Die problemen komen aan de orde in de toelichting die de toenmalige voorzitter van de richtlijncommissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) in 2018 op de nieuwe richtlijn heeft gegeven. Die toelichting vormt de kern van dit artikel (par. 7.2).

2. De brief aan de voorzitter van het college van procureurs-generaal

2.1 Elf psychiaters en drie andere artsen hebben zich in een brief d.d. 29 april 2024³ (hierna: de 'brief') gewend tot de voorzitter van het college van procureurs-generaal met het verzoek een 'verkennend strafrechtelijk onderzoek' in te stellen naar de euthanasie die op 2 oktober 2023 is verleend aan Milou Verhoof:

'Op grond van bovenstaande ondersteun ik dan ook als bezorgde psychiater de suggestie van X Y (De Stichting Z namens naasten en nabestaanden) om na te gaan of de eerder genoemde casus van de 17-jarige patiënte, die onlangs overleed door euthanasie, te onderwerpen aan verkennend strafrechtelijk onderzoek, zich toespitsend op de vraag in hoeverre de naasten van deze kwetsbare patiënte, in samenwerking met de bij deze euthanasie betrokken KEA-psychiaters Oosterhoff en Vanmechelen, de jonge patiënte beïnvloed hebben in haar keuze voor euthanasie, waarbij er bovendien aanwijzingen zijn vanuit de door STICHTING KEA publiekelijk verspreide informatie over deze casus dat patiënte niet meer volledig wilsbekwaam haar eigen recht op leven kon beoordelen of haar eigen zorgvraag in een situatie van nood nog kon behartigen. Ter onderbouwing van bovenstaand vermoeden, verwijs ik naar een interview dat psychiater Kit Vanmechelen gaf aan de Volkskrant, waarin zij verklaart:

¹ Mr. T.J. Matthijssen is oud-rechter. Hij was van 1983 tot zijn pensionering in 2006 verbonden aan het Gerechtshof Arnhem (nu: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden). De auteur dankt prof. dr. G.A. den Hartogh, prof. mr. F.H.J. Mijnsen en mr. W.J.C. Swildens-Rozendaal voor hun opmerkingen. Voor de in dit artikel verwoorde standpunten is uitsluitend de auteur verantwoordelijk.

² Zie voor goede journalistieke overzichten: Kaya Bouma en Haro Kraak, 'Over de zelfgevroegde dood van Milou is het nooit stil geworden', *Volkskrant* 2 augustus 2024, en Jeroen den Blijker, 'Hoe de euthanasie van een meisje leidde tot de zaak-Milou', *Trouw* 24 augustus 2024.

³ De tekst van de 'brief' is na dit artikel opgenomen als bijlage 1. Zie ook par. 2.8.

“Na zo’n lange tijd is er bijna geen ruimte meer om met mensen het gesprek aan te gaan over de vraag of er nog behandeling mogelijk is. Het lijden dat ik zag, was verschrikkelijk. Ik kwam bij mensen die al jaren niet meer uit bed kwamen en niemand meer zagen. Anderen hadden vreselijke angsten. Of ze hadden zo’n ernstige dwangstoornis dat zij vrijwel niets meer konden aanraken. Dat zijn vreselijke taferelen. Onvoorstelbaar, hoe lang mensen het soms vol hadden gehouden. En ze kregen vaak ook nog het verwijt dat ze niet genoeg hun best hadden gedaan om beter te worden. Mensen leden soms zo ondraaglijk, dat ik bijna moest huilen of braken als ik er wegging. Verpleegkundigen zeiden: zo laten we onze beesten nog niet doodgaan”.

Mijn vraag bij dit citaat is of een arts/psychiater op grond van diens artseneed niet de plicht heeft om het lijden van een patiënt in een dergelijke zorgwekkende toestand te verlichten in plaats van de patiënt aan zijn lot over te laten.

Daarnaast vraag ik mij af of het verlenen van euthanasie bij dergelijk ernstig psychisch lijden niet veel meer een ‘ultimum refugium’ zou moeten zijn, waar veel terughoudender en discreter mee zou moeten worden omgegaan dan momenteel steeds vaker het geval is. Het streven van STICHTING KEA en THANET om euthanasie bij psychisch lijden tot een regulier zorgaanbod te maken bij ernstig psychisch lijden, gaat mijns inziens niet alleen een ethische, maar ook een medische grens over.

Of hier ook in juridische zin grenzen overgegaan worden is uiteraard ter beoordeling van in deze complexe materie ingevoerde juristen.⁴

2.2 De eerste ondertekenaar van de ‘brief’ is W.P.A. van Rooij, psychiater te Veldhoven. Hij heeft zich op 7 augustus 2024 als zodanig bekend gemaakt in een verklaring die is te vinden op de site van Medisch Contact.⁵ Volgens deze verklaring had de brief ‘vertrouwelijk’ moeten blijven. Tot de medeondertekenaars behoren de hoogleraren D.A.J.P. Denys en J.J. van Os, beiden psychiater te Amsterdam, die zich ook in de dagbladders, op TV en op ‘social media’ over deze kwestie hebben uitgelaten. De namen van de overige ondertekenaars van de ‘brief’ zijn mij niet bekend.

2.3 De ondertekenaars van de ‘brief’ vragen tevens aandacht van het college van procureurs-generaal voor de euthanasie van Jolanda Fun op 25 april 2024. Zij doen dit op basis van een artikel in de *Sunday Times* van 14 april 2024.⁶ De ‘brief’ bevat over de euthanasie van Jolanda Fun de volgende passages:

‘In dit Britse artikel vallen enkele zaken op:

1. Expertisecentrum Euthanasie had onlangs het euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden van de in het artikel opgevoerde patiënte afgewezen, waar patiënte het niet mee eens was, waarop ze op zoek ging naar een psychiater die haar wel wilde helpen om via euthanasie te sterven.
2. Ondanks eerdere afwijzing van haar euthanasieverzoek door het gespecialiseerde Expertisecentrum Euthanasie, zag psychiater Oosterhoff blijkens het artikel korte tijd later ineens wel gronden om haar te euthanaseren en vond hij hierbij een psychiater die bereid was om hiermee in te stemmen. Dit is opvallend, te meer daar mij uit het artikel niet eenduidig blijkt dat sprake is van ‘ondraaglijk lijden’ bij deze patiënte en het de vraag is of haar lijden inderdaad ‘uitzichtloos’ is, zoals de Euthanasiewet vereist.
3. In het Times-artikel wordt hiermee de indruk gewekt dat een euthanasie-enthousiaste psychiater als Oosterhoff de wettelijke zorgvuldigheidseisen in de Euthanasiewet ruimer interpreteert dan eerder zijn collega-psychiaters van het Expertisecentrum Euthanasie, die het euthanasieverzoek van deze patiënte niet in behandeling namen, en dat ‘euthanasie-shopperen’ van patiënten na eerdere afwijzing van een euthanasieverzoek dus kan lonen. Dit lijkt mij een uitermate onwenselijke ontwikkeling, die willekeur in de toepassing van euthanasie bij psychisch lijden in de hand werkt.

Hierbij is het de vraag hoe onafhankelijk de second opinion i.h.k.v. het euthanasieverzoek bij deze patiënte eigenlijk was in het geval dat Oosterhoff hiervoor eveneens een euthanasie-enthousiaste collega-psychiater heeft gevraagd uit zijn netwerk.’

2.4 Voor het overige bestaat de ‘brief’ van vijf pagina’s uit een groot aantal aantijgingen aan het adres van en beweringen over de psychiaters Menno Oosterhoff en Kit Vanmechelen, die samenwerken in de door hen opgerichte Stichting KEA⁷, alsmede aan het adres van Stichting ThaNet⁸. ThaNet is opgericht met subsidie van het ministerie van VWS. Bestuursleden van ThaNet zijn de psychiaters Radboud Marijnissen (voorzitter) en Sisco van Veen (vice-voorzitter). Marijnissen is ook voorzitter van de commissie Euthanasie van de NVvP⁹, die onder meer de periodieke herziening van de richtlijn levensbeëindiging voorbereidt.

⁴ De euthanasie van Milou Verhoof heeft in de pers veel aandacht gekregen. Zie onder meer: Jeroen den Blijker, ‘Voor het eerst kreeg een tiener euthanasie voor psychisch lijden’, *Trouw* 17 november 2023; Jeroen den Blijker, ‘Milou (17) kreeg na mentale strijd uiteindelijk euthanasie’, *Trouw de Verdieping* 17 november 2023, en Nivine de Jong, Mireille’s dochter Milou (17) koos na psychisch lijden voor euthanasie: ‘ze regelde haar eigen uitvaart’, *Linda* 17 november 2023. <https://www.linda.nl/persoonlijk/opvoeden/mireille-dochter-milou-euthanasie/#https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/brandbrief-bezorgde-psychiaters-een-reconstructie-met-nog-veel-open-vragen>

⁵ <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/brandbrief-bezorgde-psychiaters-een-reconstructie-met-nog-veel-open-vragen>

⁶ Senay Boztas, ‘This Dutch woman is physically healthy — and choosing euthanasia at 33’ [Jolanda Fun], *The Sunday Times* April 14 2024. <https://archive.ph/OuDIZ>

⁷ ‘Stichting KEA wil kennis over, begrip voor en de toegankelijkheid van een euthanasietraject bij psychische aandoeningen vergroten.’ <https://stichtingkea.nl>

⁸ Stichting ThaNet is opgericht ‘om de zorg voor mensen met een euthanasieverzoek of persisterende doodswens te verbeteren door een lerend netwerk te creëren voor en door zorgprofessionals die werken in GGZ-instellingen, ziekenhuizen en academische centra’. <https://thanet.nl>

⁹ NVvP-commissie Euthanasie van start, 11 juli 2024. <https://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=6470>

2.5 De Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE) had de euthanasie van Milou Verhoof al voor de verzending van de 'brief' als 'zorgvuldig' beoordeeld (RTE-oordeel [2024-003](#), publicatiedatum 11 april 2024). Ook de euthanasie van Jolanda Fun is, op 8 juli 2024, door de RTE als 'zorgvuldig' beoordeeld.¹⁰

2.6 Aan de 'brief' was aanvankelijk geen richtbaarheid gegeven, noch door de brieftschrijvers zelf noch door het college van procureurs-generaal. Dat veranderde doordat prof. dr. D.A.J.P. Denys, psychiater te Amsterdam, het bestaan van de 'brief' onthulde. In een interview in de *NRC* van 20 juli 2024 maakte hij zich als ondertekenaar van de 'brief' bekend, gaf hij een bloemlezing van de inhoud en deed hij er nog een schepje bovenop.¹¹

2.7 Daarop bracht het Openbaar Ministerie op 24 juli 2024 een persbericht naar buiten waaraan ik het volgende ontleen:

'Begin mei 2024 ontving het College een brief namens 14 artsen, merendeel psychiaters. Zij uitten, kort samengevat, hun zorgen bij het Openbaar Ministerie over, zoals zij het zagen, de promotie van euthanasie bij jonge mensen.

In de brief werd één specifieke zaak als voorbeeld genoemd: de levensbeëindiging van een 17-jarige vrouw. Ook werd de psychiater genoemd die bij deze euthanasie was betrokken. Onder meer werd aan het College gevraagd of het mogelijk was om een verkennend strafrechtelijk onderzoek te verrichten naar aanleiding van die levensbeëindiging. Niet de casus, maar de in de brief geuite algemene zorgen gaf aanleiding de brieftschrijver uit te nodigen om, samen met een of twee anderen namens wie die brief was gestuurd, de zorgen toe te lichten. Dat gesprek tussen de voorzitter en twee psychiaters vond begin juli plaats.

Een aantal dagen voor dit gesprek heeft een medewerker van het Openbaar Ministerie aan de uitgenodigde psychiaters een toelichting gegeven op het toepasselijk juridisch kader bij euthanasie in geval van psychisch lijden. Dat kader komt er kort gezegd op neer dat het strafrecht in 2002 met de inwerkingtreding van de euthanasiewet (voluit de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, afgekort de Wtl) op afstand staat.

Concreet houdt dit in dat een arts tot euthanasie mag overgaan op voorwaarde dat de arts die euthanasie daarna, dus achteraf, door de RTE (Regionale Toetsingscommissie Euthanasie) laat toetsen en de arts zorgvuldig handelt. Het is derhalve in eerste instantie aan de RTE om te beoordelen of de arts bij euthanasie zorgvuldig heeft gehandeld en daarbij heeft voldaan aan de zes eisen die zijn genoemd in artikel 2 lid 1(A tot en met F) van de Wtl. Voor patiënten met psychisch lijden geldt daarbij dat van een arts extra grote behoedzaamheid wordt verlangd. Alleen in het geval dat de RTE tot het oordeel komt dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld, zo is de psychiaters verteld, wordt dat oordeel door de RTE onder de aandacht gebracht van het Openbaar Ministerie. In de door de psychiaters genoemde levensbeëindiging, heeft het College van de RTE geen oordeel 'onzorgvuldig' ontvangen. Er is dan ook geen reden om een onderzoek te starten.

Dat is de psychiaters direct medegedeeld in het voorgesprek.'

Tot zover het (eerste deel van het) persbericht van het OM. Zie voor het volledige persbericht bijlage 3, na dit artikel.

2.8 Het OM heeft de 'brief', op diens verzoek, in (geanonimiseerde) kopie ter beschikking gesteld aan Menno Oosterhoff, psychiater te Thesinge, die in de brief zwaar wordt aangevallen. Oosterhoff heeft de inhoud met anderen gedeeld. Inmiddels kan de 'brief' worden ingezien op de website van Medisch Contact (KNMG).¹²

2.9 Prof. dr. J.J. van Os, die de 'brief' ook heeft ondertekend, had al eerder, in een opiniestuk in *Trouw*, zijn ongerustheid uitgesproken over de euthanasie van Milou Verhoof.¹³

2.10 Volgens een artikel van Jeroen den Blijker in *Trouw* van 9 augustus 2024¹⁴ zijn de bezorgde psychiaters inmiddels van mening dat hun brief 'een onvoldoende duidelijke formulering' bevat:

'Volgens psychiater Wilbert van Rooij, initiatiefnemer en opsteller, is in de brief nooit om een strafrechtelijk onderzoek gevraagd. "Maar een onvoldoende duidelijke formulering aan het einde van de vertrouwelijke brief aan het OM heeft helaas deze suggestie gewekt en had beter achterwege kunnen blijven", schrijft Van Rooij op LinkedIn. "Door de formulering ontstonden immers begrijpelijkerwijs veel boze, verontwaardigde reacties." De psychiaters wilden vooral aan OM-topman Rinus Otte hun zorgen overbrengen over de positie van kwetsbare ggz-patiënten en de huidige euthanasiepraktijk.'

¹⁰ Nog niet gepubliceerd; mededeling van Menno Oosterhoff.

¹¹ Bas Haan, 'Damiaan Denys: 'De wens om niet te willen leven mag je niet gelijkstellen aan de wens om dood te zijn'', *NRC* 20 juli 2024. De tekst van dit interview is opgenomen als bijlage 2, na dit artikel. <https://www.nrc.nl/nieuws/2024/07/19/de-wens-om-niet-te-willen-leven-mag-je-niet-gelijk-stellen-aan-de-wens-om-dood-te-zijn-a4860058>

¹² <https://www.medischcontact.nl/actueel/dossiers/dossier/euthanasie-en-psychiatrie>

¹³ Jim van Os, 'Psychiater Jim van Os: Jongeren euthanasie aanbieden, negeert hun psychisch lijden', *Trouw* 26 juni 2024. <https://www.trouw.nl/opinie/opinie-psychiater-jim-van-os-jongeren-euthanasie-aanbieden-negeert-hun-psychisch-lijden~b9b08b16/Menno-Oosterhoff,-'De-moeilijkste-beslissing-voor-een-psychiater',-Trouw-8-juli-2024>

<https://www.trouw.nl/opinie/de-moeilijkste-beslissing-voor-een-psychiater~bbfbf113/>

¹⁴ <https://www.trouw.nl/binnenland/psychiaters-betuigen-spijt-over-onduidelijke-formulering-in-brief-aan-om-over-euthanasie-milou~badeb4bf/>

2.11 Hoe de ondertekenaars van de brief kunnen ontkennen dat zij het OM om een strafrechtelijk onderzoek hebben gevraagd is mij een raadsel. In mijn ogen is er weinig onduidelijks aan de in paragraaf 2.1 van dit artikel aangehaalde passage van de 'brief'. Ondanks de duidelijke bewoordingen van de brief en van het persbericht van het OM volhardt Denys in die ontkenning. Zo beweerde hij op LinkedIn: 'Er is in de brief bij het OM door mij en Jim [van Os] niet opgeroepen tot een strafrechtelijk onderzoek naar een collega.'¹⁵ Ook in het TV-programma 'Dit is Tijs' bleef Denys bij die ontkenning.¹⁶ Nadat Denys in een interview in *Trouw* van 2 augustus 2024¹⁷ wat leek in te binden ging hij in het TV-programma van 1 september weer vol op het orgel. Hij herhaalde kwalificaties als 'het propageren van euthanasie' in verband met het werk van Oosterhoff en andere psychiaters die euthanasie aan jonge patiënten hebben verleend, suggereerde dat de vereiste behoedzaamheid door deze psychiaters niet steeds in acht is genomen en insinueerde zelfs dat in sommige gevallen aan jonge psychiatrisch patiënten al na acht weken, zonder serieuze behandelingen, euthanasie zou zijn verleend (mij is zo'n geval niet bekend). Hij zei letterlijk 'Euthanasie kan niet je hobby zijn'. Aan het leed van de ouders van Milou, tot wie het gevraagde strafrechtelijk onderzoek zich ook zou moeten uitstrekken, wijdde hij geen woord. Denys ziet kennelijk geen reden om zijn optreden te matigen na de opschudding die hij heeft veroorzaakt.¹⁸

2.12 De NVvP heeft aandacht gegeven aan de actie van Denys, Van Os, Van Rooij c.s. NVvP voorzitter Niels Mulder en Radboud Marijnissen (zie par. 2.4 hiervoor) zeggen in een verklaring op de website van de NVvP onder meer:

'Er is geen reden te twifelen aan de zorgvuldigheid van de door psychiaters beoordeelde en soms ook uitgevoerde euthanasieverzoeken. Wij beseffen terdege en erkennen de ingewikkeldheden van het vaststellen van uitzichtloosheid van het lijden en de wilsbekwaamheid van de patiënt in het geval van psychische aandoeningen. Zorgvuldigheid staat daarom voorop. Een heel belangrijk principe daarin is de door de NVvP als beroepsgroep ontwikkelde euthanasierichtlijn, waarin beschreven staat aan welke criteria en stappen moet worden voldaan. Juist vanwege die ingewikkeldheden hechten we er belang aan dat in het traject twee psychiaters betrokken zijn.'¹⁹

2.13 Staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport Karremans schaarde zich in zijn antwoorden d.d. 30 augustus 2024 op vragen van de leden van de Tweede Kamer Hertzberger (NSC) en Paulusma (D66) achter het persbericht van het OM en geeft voorts onder meer uitleg over de werkzaamheden van het netwerk ThaNet. Daarnaast bevatten de antwoorden uitvoerige beschouwingen over onderwerpen die in dit artikel aan de orde komen.²⁰

3. Desinformatie over de rechtsgeschiedenis met betrekking tot euthanasie bij psychische stoornissen

3.1 Hoewel ik het opmerkelijk acht dat artsen zich met allerlei verdachtmakingen over collega's en over naasten van een patiënte die zij niet kennen tot het college van procureurs-generaal wenden²¹, concentreer ik mij in dit artikel vooral op de laatste alinea van de brief:

'Ik vraag mij af of de euthanasie-enthousiaste psychiaters in Nederland hiermee niet feitelijk op eigen gezag de Euthanasiewet aan het oprekken zijn tot een wet 'Voltooid leven' voor mensen die klaar zijn met leven of 'levensmoe' zijn.

3.2 Deze suggestie van de briefschrijvers is gebaseerd op een onjuiste voorstelling omtrent de ontwikkeling van het euthanasierecht in Nederland. Die onjuiste voorstelling blijkt uit uitlatingen die de drie met naam bekende ondertekenaars van de 'brief', de psychiaters Denys, Van Os en Van Rooij, ieder voor zich, op verschillende plaatsen, hebben gedaan. Door de ontwikkeling van het euthanasierecht in het algemeen en de ontwikkeling van de mogelijkheid van euthanasie voor psychiatrisch patiënten in het bijzonder stelselmatig onjuist voor te stellen proberen zij de indruk te wekken dat collega's die

¹⁵ Mogelijk speculeert Denys erop dat de meeste mensen niet de moeite nemen de brief na te lezen of beschouwt hij een onderzoek als bedoeld in art. 126gg Sv niet als een 'strafrechtelijk onderzoek'. Dat zou op zijn best een semantische uitvlucht zijn.

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0035498/2014-09-01>

¹⁶ 1 september 2024 op NPO 1. <https://npo.nl/start/serie/dit-is-tijs/seizoen-1/dit-is-tijs/afspelen>

¹⁷ Jeroen den Blijker en Susan Wichgers, 'Euthanasie is een uitzonderlijk recht. Daar moeten we omzichtig mee omgaan', interview met Damiaan Denys, *Trouw* 2 augustus 2024. https://archive.ph/4WHlb?trk=public_post-text

¹⁸ Henk Maassen, 'Debat over euthanasie bij psychisch lijden gepolariseerd', *Medisch Contact* 26 juli 2024.

<https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/debat-over-euthanasie-bij-psychisch-lijden-gepolariseerd->

Jeroen den Blijker, 'Euthanasiekwestie split club van psychiaters, voorzitter wil rust in de tent', *Trouw* 2 augustus 2024.

<https://www.trouw.nl/binnenland/euthanasiekwestie-split-club-van-psychiaters-voorzitter-wil-rust-in-de-tent~b7fc9c2a/>

Henk Maassen, 'Psychiaters: 'Klaar lucht in debat over euthanasie bij psychisch lijden', *Medisch Contact* 5 september 2024.

<https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/nieuwsartikel/psychiaters-klaar-lucht-in-debat-over-euthanasie-bij-psychisch-lijden>

¹⁹ <https://www.nvvp.net/website/nieuws/2024/oproep-tot-kalmte-in-euthanasiedebat#:~:text=Het%20OM%20heeft%20via%20een.de%20NVvP%20kreeg%20daarover%20persvragen>

Deze link geeft ook toegang tot het volledige persbericht van het OM.

²⁰ Nummers van de vragen: 2024Z12151 <https://app.1848.nl/document/tkapi/511290> en 2024Z12208

<https://open.overheid.nl/documenten/9a37c00e-ef86-4fc5-b8ba-e727f4061311/file>

Zie voor de antwoorden ook de bijlagen 6 en 7 na dit artikel. Zie verder: *Reformatoisch Dagblad*, 'NSC plaatst vraagtekens bij euthanasie in psychiatrie', 3 september 2024. <https://archive.ph/3jh7Y>

²¹ Zie hierover Cassandra Zuketto in een blog van 2 augustus 2024 op de site van Medisch Contact.

<https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/een-hoogleraar-onwaardig>

Miriam de Bontridder, 'Opinie: In de euthanasiepraktijk worden géén grenzen opgerekt noch overschreden', *Volkskrant* 6 augustus 2024, en

Mariska Koster, 'Dilemma's: psychiatrisch lijden en levensbeëindiging', *Arts en Auto*, 15 augustus 2024. <https://www.artsenauto.nl/euthanasie-bij-psychiatrischlijden/>

Alsmede: Louis en Mireille Verhoof, 'Gebruik onze dochter niet voor je standpunt over euthanasie', *Trouw* 17 augustus 2024.

<https://www.trouw.nl/opinie/gebruik-onze-dochter-niet-voor-je-standpunt-over-euthanasie~b5eb3c562/?referrer=https://www.google.nl/>

zich juist zorgvuldig aan de wet en de richtlijn houden de ‘grenzen van de wet opzoeken’ of de wet zelfs ‘oprekken’. Hierna volgen enkele voorbeelden van de door mij bedoelde onjuiste voorstelling van zaken:

3.3 Van Os schreef op 26 juni 2024 in zijn hiervoor genoemde opiniestuk in *Trouw*:

‘Euthanasie werd aanvankelijk ingevoerd om terminale patiënten een pijnloze overgang naar de onvermijdelijke dood te bieden, maar de praktijk lijkt zich nu uit te breiden naar jongeren die de dood als oplossing zien voor psychisch lijden.’

3.4 De brief aan het college van procureurs-generaal bevat de passage:

‘STICHTING KEA, maar ook THANET hanteren hierbij het, vanuit medisch-psychiatrisch oogpunt onjuiste, narratief dat een aanhoudende doodswens bij psychisch lijden gelijk gesteld kan worden aan een doodswens bij terminaal somatisch lijden en derhalve als zodanig behandeld kan worden door artsen als het gaat om het verlenen van euthanasie aan psychiatrische patiënten.’

3.5 Het interview in de *NRC* van 20 juli 2024 vermeldt over het standpunt van Denys onder meer:

‘In Nederland is euthanasie sinds 2002 wettelijk geregeld. Een patiënt moet in staat zijn zelf om euthanasie te verzoeken in geval het lijden zowel uitzichtloos als ondraaglijk is. Volgens Denys was dat een verruiming van de gangbare medische praktijk om bij mensen vlak voor hun sterven aan een lichamelijke aandoening, het lijden te verlichten en de dood te bespoedigen met bijvoorbeeld morfine. Met de legalisering nam ‘uitzichtloosheid’ als criterium de plaats in van een te verwachten dood binnen afzienbare tijd. De volgende stap was het opheffen van het onderscheid tussen psychisch lijden en lichamelijk lijden. En nu zijn de grenzen volgens Denys nog verder opgerekt. Er is geen medische stoornis meer nodig. Voldoende is de subjectieve persoonlijke beleving van de patiënt die gehoor vindt bij een behandelaar.’

3.6 In een interview in het *Reformatisch Dagblad* van 29 juli 2024 zegt Denys:

‘In vergelijking met andere landen gaan Nederland en België het verst in het toestaan van euthanasie, stelt Denys. „Sinds 2002, toen euthanasie werd gelegaliseerd, zijn in Nederland grote, verruimende stappen gezet.” Oorspronkelijk was euthanasie bedoeld voor mensen met een ernstige somatische ziekte, zoals iemand met een pijnlijke kanker die binnen zes tot acht maanden toch zou overlijden, geeft Denys aan. „Dus euthanasie was een soort vervroegd sterven om mensen niet nodeloos te laten lijden. Later werd euthanasie ook mogelijk als geen aanstaand overlijden werd verwacht, maar het lichamelijk lijden ondraaglijk en uitzichtloos werd geacht. Daarna werd euthanasie mogelijk in geval van psychisch lijden. Nu is de discussie of mensen zonder enige medische aandoening die hun leven voltooid achten en jongeren vanaf 16 jaar die psychisch lijden ook euthanasie moeten kunnen krijgen. Met die twee laatste, vergaande verruiming worden de grenzen opgezocht.”²²

3.7 W.P.A. van Rooij had zich op 25 april 2024 op de site van Medisch Contact in gelijke zin uitgelaten:

‘De ruim geformuleerde Euthanasiewet, oorspronkelijk tot stand gekomen om ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij terminale somatische patiënten te verkorten, biedt helaas veel ruimte voor een persoonlijke interpretatie van de wettelijke zorgvuldigheidscriteria door psychiaters.’²³

3.8 Dat deze voorstelling van zaken in strijd is met de werkelijkheid blijkt uit de rechtsgeschiedenis, waaronder de rechtspraak van de Hoge Raad, (het ontstaan van) de Euthanasiewet en de richtlijnen van de beroepsgroep. In de volgende paragrafen (4 tot en met 7) geef ik informatie over de werkelijke gang van zaken. Alleen publicatie van originele bronnen kan afdoende duidelijkheid verschaffen en de onjuiste voorstelling van zaken ontmaskeren. Ik hoop daarmee te bereiken dat de broodje-aapverhalen van de briefschrijvers, die door de dagbladpers klakkeloos worden afgedrukt, in de toekomst niet langer serieus worden genomen.

²² Johannes Visscher, Psychiater Damiaan Denys: „Verruiming euthanasie gingen heel snel”, *Reformatisch Dagblad* 29 juli 2024.

<https://www.rd.nl/artikel/1072650-psychiater-damiaan-denys-verruiming-euthanasie-gingen-heel-snel>

²³ Zie de reactie van Van Rooij van 25 april 2024 op de blog van Menno Oosterhoff van 23 april 2024 ‘Moeders springen niet van flats’. In dezelfde reactie haalt Van Rooij ook procureur-generaal Otte van stal.

<https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/moeders-springen-niet-van-flats>

Van Rooij had eerder al uitvoerig gereageerd op blogs van Menno Oosterhoff op de site van Medisch Contact. Zie zijn reacties op de blogs van Oosterhoff van 2 november 2023 en 12 januari 2024:

<https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/overal-drijfzand-nergens-houvast>

<https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/onder-de-witte-vlag-van-medemenselijkheid>

Deze steeds verder escalerende reacties van Van Rooij hebben uiteindelijk tot de ‘brief’ van 29 april j.l. geleid. Zie ook: Kim Bos en Bas Haan, ‘Vaker euthanasie bij jonge mensen wegens psychisch lijden – en psychiaters zijn er tot op het bot verdeeld over’, *NRC* 9 september 2024, alsmede de podcast: https://www.nrc.nl/nieuws/2024/09/09/wanneer-is-euthanasie-bij-psychisch-lijden-geoorloofd-a4864967?utm_source=SIM&utm_medium=email&utm_campaign=nieuwsbrieven&utm_content=&utm_term=20240909

Bos en Haan maken geen melding van de al sinds 1998 bestaande richtlijnen van de NVvP. Zie hierna.

4. De Hoge Raad over euthanasie bij psychisch lijden

4.1 In 1984 heeft de Hoge Raad voor het eerst uitgesproken dat artsen onder bepaalde voorwaarden niet strafbaar zijn als zij een patiënt op diens duurzaam en weloverwogen verzoek euthanasie verlenen. Het betrof een patiënt met een niet-terminale somatische aandoening.²⁴ In 1994 verwierp de Hoge Raad de stelling dat euthanasie alleen bij somatisch lijden zou zijn toegestaan.²⁵ Voor psychiatrisch patiënten zijn onder meer de volgende overwegingen van de Hoge Raad van belang (ik volg de nummering van de Hoge Raad in zijn arrest van 1994):

'4.5. In cassatie moet worden uitgegaan van 's Hofs vaststelling in rechtsoverweging 9.5 van het bestreden arrest, dat verdachte patiënte, mevrouw B., in de termen van DSM-III-R (Diagnostical Statistic Manual, het classificatiesysteem van de American Psychiatric Association), aan een stoornis leed, bestaande in een depressie in engere zin, zonder psychotische kenmerken, in het kader van een gecompliceerd rouwproces.

5. Beoordeling van het eerste middel

5.1. Het middel berust in al zijn klachten op de opvatting dat hulp bij zelfdoding door een arts aan een patiënt als de onderhavige, bij wie geen somatisch lijden aanwezig is en die niet in de stervensfase verkeert, nimmer kan worden gerechtvaardigd.

5.2. Deze opvatting kan niet als juist worden aanvaard. De specifieke aard van noodtoestand welke afhankelijk van de weging en waardering achteraf van de bijzondere omstandigheden van het geval kan leiden tot 's rechters oordeel dat het feit gerechtvaardigd was, verzet zich tegen een algemene beperking als waarvan het middel uitgaat. Een beroep op noodtoestand is dan ook niet zonder meer uitgesloten op de enkele grond dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt niet een somatische oorzaak heeft en die patiënt niet in de stervensfase verkeert. Naar 's Hofs in cassatie op zichzelf niet bestreden vaststelling wordt toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding vanuit medisch-ethisch oogpunt in dergelijke gevallen niet zonder meer onaanvaardbaar geacht. Bij de beantwoording van de vraag of in een bepaald geval het lijden van een persoon als zo ondraaglijk en uitzichtloos moet worden aangemerkt, dat een handelen in strijd met het in art. 294 Sr vervatte verbod gerechtvaardigd moet worden geacht omdat er sprake is van noodtoestand, moet dit lijden in zoverre worden geabstraheerd van de oorzaak daarvan dat de oorzaak van het lijden niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Dit neemt niet weg dat in geval het lijden van een patiënt niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening en niet enkel bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies het lijden en met name de ernst en uitzichtloosheid ervan moeilijker objectief kunnen worden vastgesteld. Daarom dient het onderzoek van de rechter of in dergelijke gevallen sprake is van noodtoestand met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden.

5.3. Uit het hiervoren onder 5.2 overwogene volgt dat het middel niet tot cassatie kan leiden.

6. Beoordeling van het tweede en van het derde middel

6.1. De Hoge Raad zal de middelen gezamenlijk behandelen.

In het tweede middel wordt primair aangevoerd dat bij een psychiatrische patiënt nimmer sprake kan zijn van een vrije wilsbepaling met betrekking tot een verzoek tot hulp bij zelfdoding; subsidiair behelst het middel een motiveringsklacht tegen 's Hofs oordeel dat te dezen sprake is van een zodanige vrije wilsbepaling. Het derde middel komt op tegen het oordeel van het Hof dat het achterwege blijven van een onderzoek van mevrouw B. door een tweede psychiater aan de gegrondheid van het door de verdachte gedane beroep op noodtoestand niet in de weg kan staan.

6.2. De in de primaire klacht van het tweede middel vervatte stelling is in zijn algemeenheid onjuist. In de rechtsoverwegingen 9.4 en 9.5 van het bestreden arrest ligt het oordeel besloten dat aan de stervenswens van personen die psychisch lijden een autonome wilsbepaling ten grondslag kan liggen. Dat oordeel geeft op zichzelf niet blijk van een onjuiste rechtsopvatting. De subsidiaire klacht van het tweede middel is echter gegrond, zulks mede tegen de achtergrond van de in het derde middel opgeworpen klachten.

6.3.1. Zoals hiervoren onder 5.2 is overwogen dient, in gevallen waarbij het lijden van een patiënt niet voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening, de beoordeling door de rechter of hulp bij zelfdoding in de omstandigheden van het geval door noodtoestand is gerechtvaardigd, met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden.

6.3.2. Indien een arts, die zijn patiënt hulp bij zelfdoding verleent, heeft nagelaten zijn inzicht omtrent de zich voordoende situatie tevoren te toetsen aan het al dan niet op eigen onderzoek steunend oordeel van een onafhankelijke collega, behoeft zulks niet uit te sluiten dat later de rechter, door zijn onderzoek naar de omstandigheden van het geval, niettemin tot het oordeel komt dat die arts heeft gehandeld in noodtoestand en deswege niet strafbaar is te achten. Dit is evenwel anders in een geval als het onderhavige.

6.3.3. In een geval als het onderhavige, dat kan worden gekenmerkt als te behoren tot de in 6.3.1 omschreven gevallen, behoort de rechter aan zijn onderzoek naar de gegrondheid van het beroep op noodtoestand, gelet op de uitzonderlijk grote behoedzaamheid waarmee hij zijn oordeel te dien aanzien dient te vormen, ook ten grondslag te leggen het oordeel van een onafhankelijke deskundige zoals bedoeld in 6.3.2 die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht. In verband met 's rechters oordeelsvorming ten aanzien van de vraag of aanvaarding van noodtoestand strookt met maatstaven van proportionaliteit en subsidiariteit behoort een mede op eigen onderzoek van de patiënt steunend oordeel van een onafhankelijke collega van de verdachte arts zich uit te strekken tot de ernst van het lijden en de uitzichtloosheid daarvan, en in dat verband tot andere mogelijkheden voor hulpverlening. Bij de beoordeling of sprake is van zo ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat daardoor het verlenen van hulp bij zelfdoding als een in noodtoestand gerechtvaardigde keuze is aan te merken, is immers van belang dat van zodanige uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle

²⁴ HR 27-11-1984/77091, ECLI:NL:HR:1984:AC8615 (Schoonheim), met conclusie A-G Rammelink, ECLI:NL:PHR:1984:AC8615, NJ 1985, 106, m. nt. Th.W. van Veen; AA19850330, m. nt. C. Kelk.

²⁵ HR 21-06-1994, ECLI:NL:PHR:1994:AD2122 (Chabot), met conclusie A-G Meijers. NJ 1994, 656, m.nt. T.M. Schalken. Groenhuijsen, M. S. (1994). Chabot-arrest, HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656. *Ars Aequi*, 43(11), 738-745.

<https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/644490/chabotarr.PDF>

vrijheid is afgewezen. Verder zal deze deskundige in zijn onderzoek moeten betrekken de beantwoording van de vraag, of er bij de patiënt sprake is van een vrijwillige en weloverwogen besluitvorming zonder dat diens beslisvaardigheid is beïnvloed door zijn ziekte of aandoening.

6.3.4. Bij gebreke van een zodanig oordeel van een deskundige die mevrouw B. heeft gezien en onderzocht had het Hof niet tot het oordeel kunnen komen, dat de verdachte als behandelend psychiater voor een onontkoombaar conflict van plichten stond en in die situatie een gerechtvaardigde keuze heeft gedaan. Bij die stand van zaken had het Hof het beroep op noodtoestand moeten verwerpen.'

4.2 Bij brief van de Minister van Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 16 september 1994 inzake 'Vervolgingsbeleid inzake euthanasie', naar aanleiding van het arrest-Chabot heeft minister W. Sorgdrager (Justitie) haar beleid uiteengezet.²⁶ Het kabinet volgde in grote lijnen de Hoge Raad.

5. De NVvP-richtlijn van 1998

5.1 De NVvP heeft in 1995 een commissie ingesteld die in 1998 een richtlijn heeft opgesteld: *Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijn voor de psychiater*, Utrecht september 1998.

5.2 De leden van de commissie, A.J. Tholen, R.L.P. Berghmans, J. Legemaate, W.A. Nolen, J. Huisman en M.J.W.T. Scherders, hebben de nieuwe richtlijn van een toelichting voorzien in een artikel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* van 24 april 1999 met de titel 'Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische stoornis; richtlijnen voor de psychiater'²⁷. Hierbij een fragment uit dat bijzonder leerzame artikel:

'Uitgangspunten. De NVvP-commissie heeft de richtlijnen voor het handelen bij een verzoek om hulp bij zelfdoding gebaseerd op een aantal uitgangspunten. Psychisch lijden is niet beperkt tot psychiatrische patiënten. Echter, de commissie vindt dat de psychiater alleen binnen de eigen rol als behandelaar van een patiënt met een psychiatrische stoornis een besluit tot hulp bij zelfdoding kan en mag nemen. Het criterium van het ondraaglijk lijden, hoe subjectief ook, maakt dat er sprake moet zijn van objectiveerbare ernstige symptomen, functiestoornissen en pathologische gedragingen. Daarbij wordt opgemerkt dat er bij vragen om hulp bij zelfdoding door patiënten met een persoonlijkheidsstoornis extra terughoudendheid betracht moet worden, gezien de grotere kans op overdracht en tegenoverdracht.

Ieder verzoek om hulp bij zelfdoding door een psychiatrische patiënt moet in eerste instantie worden opgevat als een vraag om levenshulp. Veel mensen die om hulp bij zelfdoding vragen, willen goede zorg. De hulpverlening moet dan ook allereerst gericht zijn op het vinden van een levensperspectief. Van belang is dat de psychiater de patiënt laat zien dat deze zijn of haar doodswens serieus neemt. Dit is alleen al van belang om een goede behandelrelatie tot stand te brengen. Het is vervolgens mogelijk wederzijdse afspraken te maken over een route die uiteindelijk kan leiden tot de hulp bij zelfdoding. De commissie vindt het echter onjuist om zulke afspraken te maken als eigenlijk bij voorbaat door de behandelaar hulp bij zelfdoding principieel wordt uitgesloten.

De commissie gaat ervan uit dat er op individuele psychiaters noch een morele, noch een juridische plicht rust om hulp bij zelfdoding te verlenen. Evenmin bestaat er een vanzelfsprekend recht op hulp bij zelfdoding. Een psychiater die principieel weigert hulp bij zelfdoding te bieden, dient dit standpunt zo tijdig mogelijk aan de patiënt duidelijk te maken, niet alleen omdat er dan nog gelegenheid is rustig de wederzijdse meningen af te tasten en deze ook te blijven respecteren, maar ook om een collega-psychiater in de gelegenheid te stellen met de patiënt een behandelrelatie aan te gaan.

Het zo vroeg mogelijk bespreken van de richtlijnen voor hulp bij zelfdoding verschaft de patiënt duidelijkheid, ook over de eigen inspanningen die deze dient te leveren. De psychiater kan dan samen met de patiënt initiatieven ontplooiën om een dreigende zelfdoding te voorkomen. De patiënt moet zich zo vroeg mogelijk bewust worden van deze inspanningsverplichting, in het bijzonder wat betreft de medewerking aan nog in aanmerking komende behandelingen.'

6. De geschiedenis van de totstandkoming van de Euthanasiewet (Wtl) in de periode 1999-2001

6.1 De Wtl is met betrekking tot het onderhavige onderwerp, euthanasie bij psychiatrische stoornissen, in hoofdzaak een codificatie van de jurisprudentie van de Hoge Raad, in dit geval het hiervoor besproken arrest van 1994. De 'uitzonderlijk grote behoedzaamheid' die de Hoge Raad verlangt heeft een plaats gekregen in artikel 2 lid 1 onder e Wtl, de zogenaamde consultatie-eis:

1. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht, houden in dat de arts:

e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d,

6.2 De Euthanasiewet is, anders dan Denys beweert in het interview van 29 juli 2024 (zie par. 3.6 hiervoor), al sinds 2002 van toepassing op verzoeken om euthanasie van personen van 12 jaar of ouder. Verder is, eveneens anders dan Denys beweert (3.5), vereist dat het lijden een medische grondslag (somatisch of psychisch) heeft, wil de patiënt voor euthanasie in aanmerking komen. Dat is de gemene deler van de rechtspraak van de Hoge Raad, de wetsgeschiedenis, later overleg met de KNMG en het beleid van de RTE.²⁸

²⁶ *Kamerstukken II*, 1993-1994, 23 877, nr. 1.

²⁷ *Ned Tijdschr Geneesk* 1999 24 april;143(17). Integraal opgenomen als bijlage 5, na dit artikel.

²⁸ J. Legemaate, *Handboek gezondheidsrecht*, negende druk, Boom juridisch Den Haag 2024, p. 422.

6.3 Het voert te ver om op deze plaats de relevante wetsgeschiedenis uitgebreid aan te halen. Zie vooral de *Nota naar aanleiding van het verslag*.²⁹ Dat stuk bevat, behalve uitgebreide beschouwingen over het begrip 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden', onder meer de volgende passage over de consultatie-eis:

'De weergave door deze leden [VVD] van de conclusies die uit het arrest-Chabot getrokken kunnen worden tenslotte, onderschrijven wij. Wij menen dat aan de door de Hoge Raad in dat arrest opgenomen overwegingen in alle opzichten recht wordt gedaan in dit wetsvoorstel. Dit geldt naar ons oordeel ook wat betreft het uit het arrest-Chabot af te leiden voorschrift betreffende consultatie. Een vereiste van dubbele, of in de bewoordingen van deze leden, versterkte consultatie, inhoudende de consultatie door meer dan één arts of door een arts die de hoedanigheid van psychiater bezit, kan evenwel uit het arrest-Chabot, noch uit enige andere jurisprudentie worden afgeleid. Wij wijzen erop dat de Hoge Raad de consultatie van een onafhankelijke deskundige die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht (rechtsoverweging 6.3.3), in elk geval aangewezen acht in een geval zoals aan de orde was in het arrest-Chabot, namelijk een geval waarin sprake was van een verzoek om levensbeëindiging van een patiënte wier lijden niet aantoonbaar voortvloeyde uit een somatische aandoening en niet enkel bestond uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies (rechtsoverweging 5.2). Aangezien wij in het wetsvoorstel als zorgvuldigheidseis hebben opgenomen de consultatie, te allen tijde, van een tweede onafhankelijke arts die de patiënt bovendien zelf moet hebben gezien, wordt naar ons oordeel aan deze overweging van de Hoge Raad in het wetsvoorstel voldoende recht gedaan.' (p. 7)

7. De NVvP-richtlijn van 2018 en de praktijk van de verlening van euthanasie aan psychiatrisch patiënten

7.1 De NVvP heeft haar richtlijn verschillende malen geactualiseerd en voor het laatst in 2018 opnieuw vastgesteld.³⁰ Deze, meest recente, versie van de richtlijn bevat onder meer een nieuwe regeling voor 'second opinion' (in de beoordelingsfase) en consultatie.

7.2 De toenmalige voorzitter van de richtlijncommissie, dr. Cecile Gijsbers van Wijk, gaf de volgende toelichting in het tijdschrift *De Psychiater*, van oktober 2018³¹:

'Elke psychiater moet het gesprek over verzoek tot euthanasie aan kunnen gaan'

Eind september werd de nieuwe multidisciplinaire richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* gepubliceerd. Kernbegrippen hierin zijn consistente en duurzame doodswens, vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk psychisch lijden. De dubbele consultatie is gebleven, alleen vindt de *second opinion* door een onafhankelijk deskundig psychiater nu eerder plaats. Opvallend is ook de nadrukkelijke betrokkenheid van familie en naasten van begin tot eind in het traject.

Psychiater dr. Cecile Gijsbers van Wijk, voorzitter van de richtlijncommissie: 'Omdat psychiaters weinig geconfronteerd worden met een verzoek om hulp bij levensbeëindiging moet worden geïnvesteerd in een scholingsaanbod, gericht op het voeren van dergelijke gesprekken met de patiënt en het maken van een gedegen afweging.'

De nieuwe richtlijn, opgesteld samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), is opgebouwd volgens de stappen die patiënt en arts samen doorlopen in het traject van een verzoek om levensbeëindiging. De titel van de richtlijn valt meteen op, erkent dr. Cecile Gijsbers van Wijk, voorzitter van de richtlijncommissie. 'We hebben lang overwogen om voor het begrip euthanasie te kiezen want dat is in de volksmond gangbaar. Maar hulp bij levensbeëindiging is breder; het omvat euthanasie en hulp bij zelfdoding, en sluit beter aan bij de wetsformulering.

Wat is de belangrijkste nieuwe aanbeveling in deze richtlijn?

Dr. Gijsbers van Wijk: 'Een belangrijke wijziging is dat, wanneer het verzoek aan een psychiater wordt gedaan, de *second opinion* door een onafhankelijk deskundig psychiater naar voren in het proces is gehaald; voorheen werd de dubbele consultatie door de psychiater en SCEN-arts aan het einde van het traject uitgevoerd. Door deze *second opinion* sneller te laten plaatsvinden, kun je eerder inzetten op de resterende redelijke behandelopties. En het voorkomt valse hoop bij de patiënt over de inwilliging van het verzoek. Ook kan de consultatiefase uiteindelijk sneller doorlopen worden, met minder belasting voor de patiënt.'³²

²⁹ Nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II 1999-2000*, 26 691, nr. 6.

³⁰ *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*, Richtlijn september 2018

<https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging-op-verzoek-psychiatrie/startpagina-levensbeëindiging-op-verzoek.html>

³¹ <https://depsychiater.nl/artikelen/2018/november/editie-7/elke-psychiater-moet-het-gesprek-over-verzoek-tot-euthanasie-aan-kunnen-gaan-2> De betekenis van deze toelichting is te vergelijken met die van een memorie van toelichting bij een wetsontwerp.

³² Legemaate, 2024, besteedt op p. 438 aandacht aan de verschillen tussen de NVvP-richtlijn 2018 en de EuthanasieCode 2022: 'Uiteraard mag de arts kiezen voor de uitvoeriger procedure uit de richtlijn, maar hij is daartoe niet verplicht.' Zie ook: T.J. Matthijssen, 'De betekenis van medische normen in het euthanasierecht. Botsing tussen strafrecht en tuchtrecht', 8 mei 2024. <https://thanet.nl/wp-content/uploads/2024/05/Matthijssen-Medische-normen-8-mei-2024.pdf>

Wat zijn andere belangrijke wijzigingen in de richtlijn?

'Als eerste richt de handleiding zich ook op andere artsen, waaronder de huisartsen. Zij konden met de oude richtlijn, geschreven voor psychiaters, niet altijd uit de voeten. Dit terwijl huisartsen in de afgelopen jaren al circa 25 procent van de euthanasie bij psychisch lijdenden uitvoerden.

Als tweede zijn familie en naasten intensiever betrokken bij alle fasen van het proces tot aan nazorg. Familie is wettelijk gezien geen partij bij levensbeëindiging, maar speelt wel een belangrijke rol in het leven van de patiënt. Familieleden kunnen informatie verstrekken, ze zijn vaak mantelzorgers en ondersteunen de patiënt, soms zijn zij de wettelijke vertegenwoordiging én ze zijn de rouwende nabestaanden. In al die rollen willen we hen meenemen.

Als derde is deze handleiding vanuit multidisciplinair perspectief opgesteld. We adviseren nadrukkelijk om waar mogelijk het multidisciplinair team van hulpverleners die met de patiënt te maken hebben, te betrekken. De arts is uiteindelijk verantwoordelijk voor de besluitvorming, maar teamoverleg kan enorm helpen om tot een zorgvuldige afweging te komen. Vanuit die gedachte adviseren we om indien nodig een moreel beraad te beleggen.'

Wat waren de belangrijkste commentaren van psychiaters in de commentaarfase en wat is daarmee gedaan?

'Er is veel en langdurig gediscussieerd over enkele of dubbele consultatie. Dat heeft ertoe geleid de dubbele consultatie in de richtlijn te handhaven. Verzoeken tot levensbeëindiging door patiënten met een psychische stoornis zijn complex om te beoordelen en dat vraagt een uitzonderlijk grote behoedzaamheid. Ten slotte was het onderscheid tussen chronische suïcidaliteit, voortkomend uit de stoornis, en een wilsbekwaam euthanasieverzoek een belangrijk punt van commentaar.'

Voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is speciale aandacht in de richtlijn. Waarom?

'Er zijn collega's die menen dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen een zo onvoorspelbaar verloop vertonen dat je niet kunt overgaan tot hulp bij levensbeëindiging. Dit omdat er ook periodes zijn met hernieuwde zingeving en kwaliteit van leven. Wij zijn ervan uitgegaan dat persoonlijkheidsstoornissen evenzeer psychiatrische aandoeningen zijn die we conform de richtlijn behandelen. Een persoonlijkheidsstoornis kan erg ingrijpend zijn en de interactie met jezelf en de omgeving zodanig beïnvloeden dat er sprake is van langdurig, ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Dus zijn wij van mening dat het onterecht zou zijn om deze patiënten in de kou te laten staan. Als het verzoek duidelijk voortkomt uit de stoornis – "de ziekte heeft de patiënt" – dan zul je maximaal inzetten op verdere behandeling. Als de patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek doet en daarbij kan reflecteren op zijn lijden door de ziekte – "de patiënt heeft de ziekte" – dan is euthanasie ook bij persoonlijkheidsstoornissen eenultieme optie. Je ziet overigens dat het onderscheid tussen chronische suïcidaliteit en levensbeëindiging op verzoek hier het meeste speelt en het uiterste vergt van de vakkennis en kunde van de psychiater. Hiervan zeggen we: let bij persoonlijkheidsstoornissen nog scherper op, met name op overdrachtsfenomenen.'

Wat zegt de richtlijn over jongeren?

'We volgen hier de Wtl (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, euthanasie mogelijk vanaf 12 jaar, *red.*). Daaronder kan er natuurlijk geen sprake zijn van levensbeëindiging op grond van psychisch lijden. Maar jongeren zijn zo'n specifieke patiëntengroep dat wij zeggen: kijk extra goed naar factoren als wilsbekwaamheid, vanwege de cognitieve ontwikkeling, en de vaak relatief korte behandelgeschiedenis. Voor een redelijk behandelperspectief moet sprake zijn van zicht op verbetering door de behandeling binnen een overzienbare termijn, en met een redelijke verhouding tussen de verwachte resultaten en de belasting voor de patiënt. Bij jongeren kan die "redelijke termijn" langer zijn dan bij patiënten die al een langdurige behandelgeschiedenis achter zich hebben.'

Ook familie en naasten is gevraagd naar hun visie op hulp bij zelfdoding. Welke knelpunten signaleerden zij?

'Zij vroegen vooral compassie en begrip voor de emoties van de familie rond de patiënt en in de bejegening door de psychiater. Hun grote wens is om gelijkwaardig betrokken te worden bij de gesprekken. Zij zijn positief over hoe hun inbreng nu beschreven is in de richtlijn. Ik denk dat iedereen beseft dat de rol van familie en naasten groot is.'

Een aantal psychiaters toont zich bezorgd over de toename van euthanasie onder psychiatrisch patiënten: zij verwachten een toename van het risico op suïcide onder andere patiënten. Ze uitten die zorg onder andere in Trouw van 29 mei [2018]. Herkent u deze zorg?

'De cijfers laten een dergelijk verband niet zien. Omgekeerd wordt weleens verwacht dat een grotere toegang tot hulp bij levensbeëindiging een eenzame dood door suïcide kan voorkomen. Ook dat lijkt niet waarschijnlijk. Wel blijkt dat één op de vijf mensen na een afwijzing van een verzoek tot euthanasie alsnog suïcide pleegt. Dat vergt van de behandelaar grote aandacht voor het suïciderisico na afwijzing van een verzoek. De commissie pleit daarom voor meer onderzoek, onder andere naar hoe het verder gaat met mensen wier verzoek wordt afgewezen.'

Artsen hebben niet de plicht tot hulpverlening bij euthanasie, staat in de richtlijn. Tevens beveelt de commissie aan om de patiënt met een euthanasieverzoek zoveel mogelijk door de eigen arts te laten begeleiden. Hoe verhoudt zich dat tot elkaar?

'Dit is volgens de commissie niet strijdig met elkaar. Laat ik duidelijk zijn: euthanasie is geen recht van de patiënt en geen plicht van de arts. De commissie vindt wel dat barmhartigheid, compassie met de patiënt, leidend moet zijn. Wij vinden dat de psychiater in elk geval het gesprek over de doodswens moet kunnen voeren. Ook heeft de psychiater de

verantwoordelijkheid om tijdig kenbaar te maken of hij principiële bezwaren heeft en om de patiënt goed over te dragen aan een collega.'

In 2013 voerde de Levenseindekliniek 21 procent van de euthanasieverzoeken onder psychiatrisch patiënten uit. In 2016 was dat 77 procent. De commissie spreekt in de richtlijn uit dat ze het toenemend aantal levensbeëindigingen door de Levenseindekliniek onwenselijk vindt. Waarom?

'Patiënten zoeken steeds vaker hulp bij de Levenseindekliniek. De commissie constateert een grote onbekendheid met het onderwerp onder psychiaters. Getalsmatig zal een psychiater in zijn hele loopbaan zelden met een dergelijk verzoek geconfronteerd worden, en vrijwel nooit hulp bij levensbeëindiging verlenen. Het is onbekend terrein. Levensbeëindiging op verzoek wordt nu door een beperkte groep van steeds minder psychiaters uitgevoerd. Wat een dilemma van velen zou moeten zijn, wordt een praktijk van weinigen. Bij het meest precaire onderwerp uit onze praktijk zie je op een cruciaal moment een breuk in de vaak lang bestaande behandelrelatie. Vanuit het perspectief van de patiënt gereedeneerd en in de context van continuïteit van zorg en behandelaar is dat ongewenst. Het is belangrijk dat psychiaters euthanasie in de behandelrelatie bespreekbaar maken – daar zijn we per slot óók voor opgeleid – en ten minste de verzoekfase doorlopen met hun patiënt. Omdat psychiaters weinig geconfronteerd worden met een verzoek om hulp bij levensbeëindiging moet worden geïnvesteerd in een scholingsaanbod gericht op het voeren van dergelijke gesprekken met de patiënt en het maken van een gedegen afweging. We hebben dat als commissie dan ook aan de NVvP voorgelegd.'³³ [...]

7.3 De implementatie van de NVvP-richtlijn van 2018 geschiedt moeizaam. Hoewel de Hoge Raad al in 1994 gedetailleerde regels heeft geformuleerd voor het verlenen van euthanasie aan psychiatrisch patiënten en het kabinet, de NVvP en de wetgever medici alle ruimte hebben gegeven deze regels in praktijk te brengen zijn de meeste psychiaters tot op de dag van vandaag huiverig om in gevallen waarin de wet en de NVvP-richtlijn zulks onmiskenbaar mogelijk maken daadwerkelijk euthanasie te verlenen aan een patiënt met een psychische stoornis.³⁴ Door de inspanningen van de Stichtingen KEA en ThaNet komt hierin geleidelijk verandering maar het aantal psychiatrisch patiënten aan wie euthanasie wordt verleend blijft relatief gering. Zie voor recente informatie over het onderwerp 'Euthanasie in de Psychiatrie' de website van de NVvP.³⁵ De richtlijn is inmiddels toe aan de periodieke herziening.

8. De Stichtingen KEA en ThaNet

8.1 Verschillende psychiaters hebben inmiddels de handschoenen opgenomen en proberen het beleid dat de NVvP in feite al sedert 1998 uitdraagt gestalte te geven.³⁶ Dat geldt onder meer voor de psychiaters Menno Oosterhoff en Kit Vanmechelen die Stichting KEA hebben opgericht en voor de psychiaters Radboud Marijnissen en Sisco van Veen, voorzitter respectievelijk vicevoorzitter van Stichting ThaNet.³⁷ Voor bijzonderheden over hun inspanningen verwijs ik naar de websites van de beide Stichtingen waarvan ik de links hierboven heb gegeven en in het bijzonder naar de publicaties van Sisco van Veen die op dit onderwerp is gepromoveerd.³⁸

8.2 Niemand kan in gemoede volhouden dat iemand van de in de vorige alinea genoemde psychiaters 'euthanasie voor psychiatrisch patiënten propageert', zoals de schrijvers van de 'brief' dat noemen, maar de ervaring leert wel dat er voor sommige patiënten, na een uitgebreid behandeltraject, naar medisch vakkundig oordeel geen reëel behandelingsperspectief, in de vorm van een behandeling van de psychische aandoening, (meer) beschikbaar blijkt te zijn. Dan kan er sprake zijn van uitzichtloos lijden in de zin van de Euthanasiewet.³⁹

³³ Zie ook de visie van commissielid Guy Widdershoven in: Michel van Dijk, 'De last is oneerlijk verdeeld', *De Psychiater* 13 juni 2024. <https://depsychiater.nl/artikelen/2024/juni/2024-4/de-last-is-oneerlijk-verdeeld>

³⁴ M.J. Besjes en S. van de Vathorst, 'Euthanasie in de ggz: kwalitatief onderzoek naar de mening van psychiaters', *Tijdschr Psychiatr.* 2023;65(2):81-86. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13111-Euthanasie-in-de-ggz-kwalitatief-onderzoek-naar-de-mening-van-psychiaters#:~:text=Psychiaters%20vinden%20het%20onderzoeken%20van,en%20deze%20positie%20van%20hoop.> De psychiaters Anja Noten, Judith Bovendeerd, Valentijn Bon en Constantijn Hofland (i.o.) in: Mariëtte Baks, 'Ik dacht echt dat ik dit nouit zou doen', *De Psychiater* 13 juni 2024. <https://depsychiater.nl/artikelen/2024/juni/2024-4/ik-dacht-echt-dat-ik-dit-nooit-zou-doen> Jeroen den Blijker, Arts Mariska Koster is bezorgd over de stammenstrijd onder psychiaters over euthanasie. 'Prijs je gelukkig met onze euthanasiewet', *Trouw* 10 september 2024. <https://www.trouw.nl/zorg/arts-mariska-koster-is-bezorgd-over-de-stammenstrijd-onder-psychiaters-over-euthanasie-prijs-je-gelukkig-met-onze-euthanasiewet~bfa80867/>

Zie voor een schrijnend voorbeeld: Hans van Dartel, 'Niet de ziekte telt, maar het lijden: hopelijk leert de medische wereld lessen uit de zelfgekozen dood van Anna', *AD* 5 september 2024.

³⁵ <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie-in-de-psychiatrie>

Nieuwe ontwikkelingen en praktijken binnen de ggz rond euthanasie op psychische grondslag (maart 2024): <https://www.nvvp.net/website/diversen/nieuwe-ontwikkelingen-en-praktijken-binnen-de-ggz-rond-euthanasie-op-psychische-grondslag-2024>

³⁶ Simone Paauw, 'We vragen psychiaters om een draai van 180 graden te maken', *Medisch Contact* 5 oktober 2023.

<https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/we-vragen-psychiaters-om-een-draai-van-180-graden-te-maken>

³⁷ Zie het tweegesprek tussen Marijnissen en Oosterhoff, opgetekend door Marloes Elings:

<https://reportersonline.nl/psychiaters-moeten-de-uitzichtloosheid-leren-accepteren/>

Maurice Timmermans, 'Ik zou willen dat iedere psychiater second opinions doet', *De Psychiater* 13 juni 2024.

<https://depsychiater.nl/artikelen/2024/juni/2024-4/ik-zou-willen-dat-iedere-psychiater-second-opinions-doet>

³⁸ Sisco van Veen, *The Art of Letting Go. A study on irremediable psychiatric suffering in the context of physician assisted death*. Proefschrift VU Amsterdam, 9 juni 2022. <https://research.vu.nl/en/publications/the-art-of-letting-go-a-study-on-irremediable-psychiatric-sufferi>

³⁹ Zie de hoofdstukken 6 en 7 van het proefschrift van Van Veen.

Verder: W.H. Winthorst, W.H. van Zelst, H.L. Van, H.M. van Loo, 'Euthanasieverzoek door een patiënt met een borderlinepersoonlijkeheidsorganisatie', *Tijdschr Psychiatr.* 2023;65(9):568-571.

<https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13229-Euthanasieverzoek-door-een-patient-met-een-borderlinepersoonlijkeheidsorganisatie>

9. Het begrip 'uitzichtloos' in artikel 2 lid 1 onder b van de Euthanasiewet

9.1 Uitzichtloosheid is op te vatten als onbehandelbaarheid.⁴⁰ Het lijden is uitzichtloos als een behandeling van de onderliggende aandoening niet beschikbaar is dan wel het lijden door behandeling/verzorging van die aandoening niet (voldoende) kan worden verlicht. Als de vraag of het lijden kan worden opgeheven, door de behandelend arts ontkennend wordt beantwoord, ontbreekt een reëel behandelingsperspectief. Een behandelingsperspectief is reëel als (a) er naar huidige medisch inzicht bij adequate behandeling zicht op verbetering is, (b) binnen afzienbare termijn, (c) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt.⁴¹

9.2 De arts beslist of er nog behandelmogelijkheden zijn.⁴² Zijn medisch vakkundig oordeel is daarbij doorslaggevend. De patiënt heeft alleen inspraak bij de beoordeling of een nog beschikbare behandelmogelijkheid voor hem 'reëel' is. Dat hoeft bijvoorbeeld niet het geval te zijn voor behandelingen die voor de patiënt onevenredig belastend zijn.

9.3 De patiënt heeft het recht elke behandeling te weigeren maar de gekozen formulering van de zorgvuldigheidseis in onderdeel b staat eraan in de weg dat het leven wordt beëindigd van een patiënt die een reëel en gangbaar behandelingsalternatief weigert, 'gewoon omdat hij wil sterven'.⁴³

9.4 In dit verband wijs ik erop dat de term 'reëel behandelingsperspectief' blijkens de wetsgeschiedenis ook inhoudt dat een patiënt op een gegeven moment kan besluiten om van verdere behandelingen af te zien zonder dat hij daarmee de mogelijkheid van euthanasie verbeurt. Het gaat erom dat er een redelijke verhouding bestaat tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Hoewel de wetgever hierbij destijds in het bijzonder een zoveelste bestraling of chemotherapie van een kankerpatiënt voor ogen had kan zulks mutatis mutandis ook gelden voor een psychiatrisch patiënt die (bijvoorbeeld) afziet van een zoveelste elektroshock of van een zoveelste andere nieuwe behandeling. Het uiteindelijke oordeel over de vraag of een bepaalde behandeling in de omstandigheden van de patiënt in kwestie nog 'reëel' is in vorenbedoelde zin is, na inspraak van de patiënt, aan de arts.⁴⁴ De omstandigheid dat een psychiatrisch patiënt nog een lange levensverwachting heeft, anders dan de kankerpatiënt die de wetgever destijds in het verband van de vorige volzinnen voor ogen had, dwingt bij deze afweging tot 'uitzonderlijk grote behoedzaamheid' zoals de Hoge Raad dat in zijn arrest van 1994 noemde. Bij jonge patiënten is de besluitvorming extra gecompliceerd.⁴⁵

9.5 Blijkens de wetsgeschiedenis bieden palliatieve zorg en opname in een instelling uitsluitend ter verdere verzorging geen reëel behandelingsperspectief omdat deze vormen van zorg geen oplossing zijn voor de aandoening(en) die het lijden veroorzaken.⁴⁶ Als de patiënt, na goed te zijn voorgelicht, een vrijwillig en weloverwogen besluit neemt om af te zien van dergelijke 'andere oplossingen' en overigens verkeert in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, staat die afwijzing blijkens de wetsgeschiedenis niet aan het verlenen van euthanasie in de weg. Die beslissing is uiteindelijk aan de patiënt. Als de patiënt in zo'n situatie kiest voor euthanasie is de arts gerechtigd euthanasie te verlenen.⁴⁷

⁴⁰ Nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II 1999/2000*, 26691, nr. 6, p. 69.

⁴¹ Nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II 1999/2000*, 26691, nr. 6, p. 59-60.

⁴² Paragraaf 9 is geheel gebaseerd op een analyse van de wetsgeschiedenis. De NVvP-richtlijn van 2018 voegt aan een vergelijkbare tekst (op p. 40 van de richtlijn) toe: 'Bij het vaststellen van de uitzichtloosheid is het meewegen van de bevindingen van de second opinion van een onafhankelijk psychiater deskundige uiterst relevant (zie de module 'Second opinion door onafhankelijke deskundige psychiater deskundige')'. Zie hierover de in par. 7.2 van dit artikel opgenomen toelichting van Gijsbers van Wijk.

⁴³ Nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II 1999/2000*, 26691, nr. 6, p. 69.

⁴⁴ Jeroen den Blijker, Arts Mariska Koster is bezorgd over de stammenstrijd onder psychiaters over euthanasie. 'Prijs je gelukkig met onze euthanasiewet', *Trouw* 10 september 2024. <https://www.trouw.nl/zorg/arts-mariska-koster-is-bezorgd-over-de-stammenstrijd-onder-psychiaters-over-euthanasie-prijs-je-gelukkig-met-onze-euthanasiewet~bfa80867/>

⁴⁵ Kinder- en jeugdpsychiater prof. dr. Robert Vermeiren in: Raymon Heemskerk, 'Leeftijd en ontwikkeling zijn cruciaal bij euthanasie', *De Psychiater* 13 juni 2024. <https://depsychiater.nl/artikelen/2024/juni/2024-4/leeftijd-en-ontwikkeling-zijn-cruciaal-bij-euthanasie>

⁴⁶ Nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II 1999/2000*, 26691, nr. 6, p. 59 en 67.

⁴⁷ Mijn analyse van de wetsgeschiedenis leidt op dit onderdeel tot een resultaat dat verschilt van de EuthanasieCode 2022. Zie hierover uitgebreider: T.J. Matthijssen, 'De begrippen 'uitzichtloos' en 'redelijke andere oplossing' in de EuthanasieCode 2022 van de RTE, bezien in het licht van de wetsgeschiedenis', *TvGR 2023 (47) 3*, p. 229-241, i.h.b. de par. 3, 4 en 5 van dat artikel. Legemaate, 2024, volgt op p. 422-425 van zijn bewerking van het *Handboek gezondheidsrecht* op dit punt de EuthanasieCode 2022, zie i.h.b. zijn voetnoten 109 en 132.

10. Toetsing, publieke verantwoording en de gevolgen van publiciteit

10.1 De euthanasiegevallen van psychiatrisch patiënten die de laatste tijd aan de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) zijn voorgelegd zijn vrijwel steeds als zorgvuldig beoordeeld (zie echter 2024-015). De RTE geven in dit soort gevallen bijzondere aandacht aan de zorgvuldigheidseisen betreffende de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden, het ontbreken van een redelijke andere oplossing en de consultatie. De RTE eisen in dat verband van de arts 'grote behoedzaamheid'.⁴⁸

10.2 Belangrijke RTE-oordelen, zoals die betreffende de euthanasie van (jonge) psychiatrisch patiënten, worden over het algemeen gepubliceerd. Hoewel het aantal gevallen waarin daadwerkelijk euthanasie wordt verleend aan psychiatrisch patiënten nog steeds relatief gering is trekken deze gevallen begrijpelijkerwijs veel aandacht. Het maatschappelijk belang van de materie wordt door media hoog ingeschat en van de betrokken psychiaters wordt, ook begrijpelijk, verwacht dat zij publiekelijk verantwoording afleggen. Ook de patiënten zelf en hun familie blijken het belangrijk te vinden om naar buiten te treden.⁴⁹

10.3 Een keerzijde van deze publiciteit is dat patiënten met psychische stoornissen meer dan voorheen met euthanasie als mogelijke 'oplossing' van hun problemen worden geconfronteerd. Daarover maken veel psychiaters zich grote zorgen.⁵⁰ Dat blijft een, in mijn ogen onvermijdelijk, onontkoombaar dilemma.

10.4 Binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie wordt de discussie over euthanasie bij psychisch lijden al sedert het Chabot-arrest van 1994 gevoerd. Die discussie heeft geleid tot richtlijnen waarin al vanaf 1998 het belang wordt benadrukt om het gesprek over een eventuele doodswens van de patient open te voeren: 'Veel mensen die om hulp bij zelfdoding vragen, willen goede zorg. De hulpverlening moet dan ook allereerst gericht zijn op het vinden van een levensperspectief. Van belang is dat de psychiater de patiënt laat zien dat deze zijn of haar doodswens serieus neemt. Dit is alleen al van belang om een goede behandelrelatie tot stand te brengen. Het is vervolgens mogelijk wederzijdse afspraken te maken over een route die uiteindelijk kan leiden tot de hulp bij zelfdoding.' (zie par. 5.2) en 'Het is belangrijk dat psychiaters euthanasie in de behandelrelatie bespreekbaar maken – daar zijn we per slot óók voor opgeleid – en ten minste de verzoekfase doorlopen met hun patiënt.' (zie par. 7.2) Naar mijn mening doen de Stichtingen KEA en ThaNet niet anders dan inhoud geven aan dit al 25 jaar bestaande beleid van de beroepsgroep.

⁴⁸ Die eis stond, met een verwijzing naar het Chabot-arrest, ook al in de *Code of Practice* van 2015, par. 4.3.

⁴⁹ Zie hierover onder meer: Ellen Hensbergen, Ellens dochter Esther [Beukema] koos na psychisch lijden voor euthanasie: 'niet iedereen wordt beter', *Linda* 24 september 2023. <https://www.linda.nl/persoonlijk/opvoeden/ellen-dochter-esther-euthanasie-psychisch-lijden/>
Vier jonge mensen die, evenals Milou Verhoof, open wilden zijn over hun euthanasie zijn: Sterre van Wirdum, David Mulder, Romy en Zoraya ter Beek: <https://www.nporadio1.nl/nieuws/achtergrond/77d59b1e-8287-4e60-b597-1f2ba3626299/de-dochter-van-jan-wilde-niet-meer-leven-ze-had-een-diepgewortelde-doodswens>
https://npo.nl/start/serie/sophie-jeroen/seizoen-2023/khalid-sophie_265/afspelen
<https://www.linda.nl/meiden/meiden-reallife/romy-december-euthanasie/>
<https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/u-hoeft-het-niet-te-snappen>

⁵⁰ Govert den Hartogh, *What Kind of Death. The Ethics of Determining One's Own Death*. Routledge, New York and London 2023 (hoofdstuk 13: Mental illness). Dit boek bevat fundamentele beschouwingen over alle aspecten.

Ron Berghmans, Guy Widdershoven en Ineke Widdershoven-Heerding, 'Physician-assisted suicide in psychiatry and loss of hope', *International Journal of Law and Psychiatry* 2013: 436-443. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160252713000745?via%3Dihub>
Jim van Os, 'Behandeling in de psychiatrie', in: Boudewijn Chabot, *De weg kwijt. De zorgelijke staat van de euthanasiewetgeving*, Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar 2017.

Damiaan Denys, 'Is Euthanasia Psychiatric Treatment? The Struggle With Death on Request in the Netherlands', *Am J Psychiatry* 175:9, September 2018. <https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.aip.2018.18060725>

Gaind KS. What Does "Irremediability" in Mental Illness Mean? *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2020;65(9):604-606.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7485032/>

Nicolini ME, Jardas EJ, Zarate CA, Jr, Gastmans C, Kim SYH (2022). 'Irremediability in psychiatric euthanasia: examining the objective standard', *Psychological Medicine* 1-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36305567/>

Berens N, Wasserman D, Wakim P, Bernhard T, Kim SYH. Resource Limitation and "Forced Irremediability" in Physician-Assisted Deaths for Nonterminal Mental and Physical Conditions: A Survey of the US Public. *J Acad Consult Liaison Psychiatry*. 2022 Jul-Aug;63(4):302-313.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9271133/>

Bazan, A. (2023). L'euthanasie pour souffrance psychique en Belgique : le soin inconditionnel ou la mort. *PSN*, 21, 47-61.

<https://shs.cairn.info/journal-psn-2023-1-page-47?lang=en>

Teo MTL. Why the irremediability requirement is not sufficient to deny psychiatric euthanasia for patients with treatment-resistant depression. *J Med Ethics*. 2024 Jan 12;jme-2023-109644. <https://jme.bmj.com/content/early/2024/01/12/jme-2023-109644.info>

Appelbaum PS. Physician-assisted death for psychiatric disorders: ongoing reasons for concern. *World Psychiatry*. 2024 Feb;23(1):56-57.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10785964/>

Hendriëlle de Groot, 'In de ogen van psychiaters is euthanasie een 'onoplosbaar maatschappelijk probleem', *Katholiek Nieuwsblad* 7 maart 2024. <https://www.kn.nl/medische-ethiek/in-de-ogen-van-psychiaters-is-euthanasie-een-onoplosbaar-maatschappelijk-probleem/>

Jim van Os, 'Het Dilemma van Euthanasie bij Psychisch Lijden', *Psychosenet* blog 3 juni 2024.

<https://www.psychosenet.nl/euthanasie-psychisch-lijden/>

Louise Smalenburg, 'Euthanasie bij psychische aandoeningen: blijft er ruimte voor het tegengeluid?', *De Jonge Psychiater* 26 juni 2024.

<https://dejongepsychiater.nl/onderzoek/klinisch/euthanasie-psychische-aandoeningen-ruimte-voor-tegengeluid/>

11. De actie van de psychiaters Denys, Van Os en Van Rooij

11.1 In het licht van het vorenstaande kan ik de actie van de bezorgde artsen moeilijk plaatsen. Tot op zekere hoogte zijn hun zorgen begrijpelijk. Uiterste behoedzaamheid is op dit vlak immers van het grootste belang. Ook is het van groot belang dat voldoende middelen beschikbaar komen voor de GGZ en voor de geestelijk gezondheidszorg in het algemeen. Maar we schieten er niets mee op als psychiaters elkaar de tent uit vechten en/of proberen te intimideren.

11.2 Wat mij zeer stoort is dat vooraanstaande personen als de hoogleraren Denys en Van Os in hun interviews en andere teksten geen enkel concreet, verifieerbaar feit noemen om hun suggestieve beweringen en verdachtmakingen aan het adres van collega's te staven. Zij doen het voorkomen alsof psychiaters die evident het beleid en de richtlijn van hun beroepsvereniging volgen afwijkend gedrag vertonen ('euthanasie-enthousiast' zijn) en alsof zijzelf de norm vertegenwoordigen, en dat terwijl Denys nota bene erkent dat hijzelf nooit euthanasie heeft verleend.⁵¹ Het is merkwaardig dat de bezorgde artsen zich tot het college van procureurs-generaal wenden. Die instantie heeft immers in dit verband geen enkele taak of bevoegdheid.⁵² Als de bezorgde artsen iets aan de euthanasiepraktijk willen veranderen moeten ze bij de wetgever en/of bij hun beroepsverenigingen zijn, niet bij de politie.⁵³

12. Tot slot

12.1 Legemaate, die lid was van de NVvP-commissies die de hiervoor besproken richtlijnen van 1998 en 2018 hebben voorbereid, heeft zich op LinkedIn duidelijk uitgesproken:

'Even recapituleren:

We weten nu wel, onder meer via dit forum, dat de 'brandbrief' over euthanasie bij psychisch lijden een enorme faux pas was. Hopelijk zien de brieven-schrijvers dat zo langzamerhand ook in, en maken zij, na zich bekend te hebben gemaakt, dat ooit nog eens publiek kenbaar.

Er zijn door de brieven-schrijvers, maar ook door anderen, allerlei onjuiste dingen over de euthanasiewet beweerd. De euthanasiewet is al sinds 2002 van toepassing op verzoeken om euthanasie van personen van 12 jaar of ouder en was van meet af aan bedoeld voor zowel somatisch als psychisch lijden (voor zover je dat uit elkaar kunt halen).

Ik kan me voorstellen dat nieuwe ontwikkelingen, zoals euthanasie bij een minderjarige patiënt wegens psychisch lijden, vragen en dilemma's oproepen. Persoonlijk denk ik dat we met die vragen en dilemma's in de Nederlandse (toetsings)praktijk goed weten om te gaan, zoals we dat bij eerdere 'nieuwe ontwikkelingen' ook hebben gedaan.

Dat niettemin over bepaalde aspecten nadere discussie nodig is, begrijp ik goed, niet alleen om te streven naar verheldering en (mogelijk) meer consensus, maar wellicht ook met oog op aanpassing of verduidelijking van bestaande richtlijnen. Dat de beroepsgroep (KNMG, NVvP) daarbij het voortouw neemt ligt voor de hand, maar belangrijk is dat de discussie niet binnen de beroepsgroep wordt 'opgesloten'. Het gaat immers niet alleen om medisch-professionele overwegingen, maar ook om maatschappelijke aspecten.

Eén ding zorgt voor een knoop in mijn maag: de impact en gevolgen van wat er de afgelopen weken is gebeurd op de naasten van de op 17-jarige leeftijd door euthanasie overleden Milou. Dat vind ik hartverscheurend. Ik heb veel respect voor de waardige manier waarop de moeder van Milou, Mireille Verhoof, daar tot nu toe op dit forum mee is omgegaan. Het zal je maar gebeuren.⁵⁴

In een opiniestuk in de *Volkskrant* noemt Legemaate de 'brief' een 'schandvlek voor de beroepsgroep'.⁵⁵

12.2 Ik sluit mij van harte aan bij de woorden van Legemaate. Laat het gesprek over euthanasie, evenals voorheen, gevoerd worden door vertegenwoordigers van verschillende disciplines en als het enigszins kan op zakelijke wijze. Daarbij past specialisten op medisch en juridisch gebied bescheidenheid. Zo matig ik mij, als jurist, geen oordeel aan over behandelingen van psychische stoornissen en zouden psychiaters op hun beurt voorzichtigheid moeten betrachten met juridische uitstapjes. Anders gebeuren er ongelukken zoals we deze zomer hebben moeten vaststellen, te weten de gang van veertien artsen naar het OM om vastgesteld te krijgen dat er juridische grenzen zijn overschreden, terwijl dat een stelling is die in het land der fabelen thuishoort. Daarbij zijn psychiaters die, aantoonbaar binnen de door de NVvP gestelde kaders, de moeilijkste problemen hebben opgepakt beschadigd geraakt, evenals de ouders van hun patiënten. En hebben hun belagers hun eigen, in jaren opgebouwde, reputatie te grabbel gegooid.

⁵¹ *Trouw* 2 augustus 2024. Zie voetnoot 17 voor de link.

⁵² T.J. Matthijssen, 'De rol van de verschillende instanties bij het toezicht op de euthanasieverlening' d.d. 17 augustus 2023: https://www.nvve.nl/download_file/2453/

⁵³ René Héman, 'Euthanasie bij psychisch lijden: nuance is ver te zoeken', KNMG 22 augustus 2024. https://www.knmg.nl/actueel/columns/column/euthanasie-bij-psychisch-lijden-nuance-is-ver-te-zoeken?utm_campaign=KNMG-202311&utm_source=spotler&utm_medium=email

⁵⁴ J. Legemaate op LinkedIn 9 augustus 2024.

⁵⁵ J. Legemaate, 'De brief aan het OM over de euthanasie van de 17-jarige Milou is een schandvlek voor de beroepsgroep en maakt debat onmogelijk', *Volkskrant* 5 september 2024. <https://www.volkskrant.nl/a-b18493f3>

Bijlage 1

De 'brief' d.d. 29 april 2024 van veertien artsen aan het college van procureurs-generaal; de kopie waarvan deze transcriptie is gemaakt is ter beschikking gesteld door het college van procureurs-generaal; namen e.d. zijn weggelakt.

College van procureurs-generaal
Openbaar Ministerie
T.a.v. de Voorzitter, Prof. dr. mr. M. Otte
Parket-Generaal
Prins Clauslaan 16
2595 AJ Den Haag

[stempel] Parket-Generaal ingekomen 7 mei 2024

[plaats onbekend] 29 april 2024

Betreft: ontsprend discours over euthanasie bij psychisch lijden schaaft kwetsbare patiënten

Edelgrootachtbare heer,

Ik schrijf u vanuit mijn grote bezorgdheid als psychiater, werkzaam in de zorg voor de meest kwetsbare patiënten met psychiatrische aandoeningen, over het ontspreken van het discours rondom euthanasie bij psychisch lijden en de uitwerking die ik hiervan waarneem in de klinische praktijk in Nederland. Samen met een groeiend aantal collega-psychiaters krijg ik de indruk dat de grenzen die de Euthanasiewet stelt aan zorgvuldige toepassing bij psychisch lijden, steeds verder worden opgerekt en dat hierdoor kwetsbare en steeds jongere patiënten gevaar lopen onnodig te overlijden door euthanasie.

Het onderwerp euthanasie bij psychisch lijden is juridisch en medisch-psychiatrisch een ingewikkelde kwestie die niet alleen veel oproept bij patiënten, naasten, zorgverleners en beroepsverenigingen, maar inmiddels ook breder in de maatschappij voor veel beroering zorgt.

Dit laatste heeft onder andere te maken met de indringende publiekscampagne rondom dit gevoelige onderwerp van kinder- en jeugdpsychiaters Menno Oosterhoff, Kit van Mechelen en de door hen opgerichte STICHTING KEA, waarin zij in hun artsenrol aanhoudend en op weinig genuanceerde wijze niet alleen aandacht vragen voor het onderwerp euthanasie bij psychisch lijden, maar ook propageren dat euthanasie laagdrempeliger als behandeloptie beschikbaar gesteld moet worden aan patiënten binnen de reguliere GGZ. Ze stellen hierbij in hun publiekscampagne dat patiënten met een euthanasievraag bij voorkeur door de eigen behandelend psychiater zouden moeten worden geëuthanaseerd, een problematische stellingname, waar op medische en ethische gronden de nodige kanttekeningen bij geplaatst kunnen worden.

Naast STICHTING KEA is er inmiddels door enkele andere psychiaters de kennisnetwerkorganisatie THANET opgericht, die zich eveneens richt op het stimuleren en verruimen van mogelijkheden voor euthanasie bij psychisch lijden binnen reguliere GGZ-instellingen en dit doel hoopt te bereiken door het opstellen van praktische richtlijnen, zorgstandaarden en protocollen, die beogen de drempel voor psychiaters om euthanasie te verlenen aan hun patiënten te verlagen.

Belangrijkste doelstelling van zowel STICHTING KEA als STICHTING THANET voor het publiekelijk aanjagen van de discussie over euthanasie bij psychisch lijden op radio, tv en social media, en het bieden van consultatie aan psychiaters om toepassing ervan in de reguliere GGZ te vergemakkelijken, is dat men de wachttijden voor euthanasieprocedures bij Expertisecentrum Euthanasie te lang vindt voor de patiënten die zich hier met een euthanasievraag melden.

O.a. in een serie recente LinkedIn posts van STICHTING KEA wordt euthanasie bij psychisch lijden openlijk en indringend aangeprezen als een humane oplossing of zelfs als een 'behandeloptie' genoemd voor wanhopige patiënten, ondersteund met emotionele verhalen van zowel kwetsbare patiënten als hun naasten. Onlangs werd het verhaal van een 17-jarige patiënte die werd geëuthanaseerd breed verspreid op social media, waarbij via STICHTING KEA zelfs het zeer persoonlijke verhaal van aangedane familieleden breed werd verspreid om te benadrukken hoe goed het was dat deze patiënte uit haar lijden was verlost en dat haar leven niet meer levenswaardig was.

Ik signaleer gevaarlijke bijwerkingen van de huidige ongebreidelde promotie van euthanasie bij psychisch lijden, waarbij zowel de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) als patiëntenorganisaties als MIND erg veel moeite hebben om het debat hierover intern aan te gaan, uit angst voor een toename van verdeeldheid in de achterban. Hierdoor blijft het debat met name steken op het teleologische niveau van het 'vlotter praktisch inregelen van euthanasie in de reguliere GGZ-praktijk' en ontbreekt serieuze ethische discussie. Hierbij voeren de protagonisten van zowel STICHTING KEA als STICHTING THANET voortdurend aan dat euthanasie bij psychisch lijden binnen de huidige, vrij breed geformuleerde, Euthanasiewet prima mogelijk is en dat psychiaters minder terughoudend moeten zijn. Zelfs demissionair minister van VWS Dijkstra benadrukte dit standpunt onlangs, wat voor veel ophef onder psychiaters zorgde.

Op het laatste Voorjaarscongres van de NVvP hoorde ik, tijdens een symposium georganiseerd door STICHTING KEA, Jeroen Recourt in zijn rol als coördinerend voorzitter RTE, verklaren dat hij de richtlijnen van de NVvP strenger vond dan de RTE-richtlijnen en dat wat hem betreft de strafbaarstelling van euthanasie wel uit het strafrecht zou mogen, zodat de drempel voor psychiaters mogelijk wat lager zou kunnen worden om euthanasie te verlenen aan hun patiënten. Hij stelde in zijn betoog dat euthanasie niet meer 'strafbaar tenzij' zou moeten zijn, maar 'niet strafbaar, tenzij'.

In zijn presentatie liet de RTE-voorzitter grafieken zien, waaruit een opvallend sterke stijging in de vraag om euthanasie bij psychisch lijden bleek vanaf 2011. Dat was niet toevallig ook het jaar waarin de toenmalige minister van VWS een zeer forse bezuinigingsoperatie voor de GGZ aankondigde, die tot op de dag van vandaag voortduurt.

Hoewel de uitgaven aan GGZ in Nederland slechts een fractie vormen van de totale uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland (ruim drie, versus honderd miljard euro per jaar) en er lange wachtlijsten zijn juist voor de ziekste patiënten, gaan de bezuinigingsmaatregelen van de overheid onverminderd door. Dat help uiteraard niet bij het creëren van meer perspectief voor ernstig zieke psychiatrische patiënten die worstelen met een euthanasiewens. Het vergroot het stigma op ernstig psychisch lijden verder en versterkt de maatschappelijke uitsluiting waar deze patiënten vaak al mee te maken hebben.

Enkele bijwerkingen van het ongebreidelde euthanasiediscours op een rij:

1. Stichting KEA en THANET ondermijnen het vertrouwen van patiënten en naasten in de reguliere GGZ door enerzijds te suggereren dat psychiaters en andere GGZ-behandelaars geen oor hebben voor de noden van patiënten met een aanhoudende doodswens/chronische suïcidaliteit (wat feitelijk onjuist is) en anderzijds door te pleiten voor veel ruimhartiger toepassen van euthanasie door psychiaters binnen reguliere GGZ-instellingen zelf.

Ik krijg steeds vaker verontruste berichten van patiënten, naasten en zorgverleners die zich afvragen of ze (jonge) patiënten met een doodswens of suïcidale neigingen nog veilig kunnen verwijzen voor behandeling naar een GGZ-instelling, wanneer daar dokters werken die net zo enthousiast zijn over euthanasie bij psychisch lijden als de psychiaters van STICHTING KEA en THANET.

2. M.n. STICHTING KEA en vooral haar oprichter, psychiater Menno Oosterhoff, oefenen via publiekelijk verspreiden van verhalen van kwetsbare patiënten en hun naasten in hun rol als medicus aanhoudend ongepaste morele druk uit op psychiaters binnen GGZ-instellingen om vlotter tot euthanasie over te gaan en hiervoor praktische protocollen te ontwikkelen.

3. Patiënten en naasten worden, m.n. door de publiekscampagne van STICHTING KEA, expliciet aangezet tot het opeisen van euthanasie bij de GGZ-instelling en de behandelend psychiater bij wie ze in zorg zijn. STICHTING KEA, maar ook THANET hanteren hierbij het, vanuit medisch-psychiatrisch oogpunt onjuiste, narratief dat een aanhoudende doodswens bij psychisch lijden gelijk gesteld kan worden aan een doodswens bij terminaal somatisch lijden en derhalve als zodanig behandeld kan worden door artsen als het gaat om het verlenen van euthanasie aan psychiatrische patiënten.

Het activistisch optreden van zowel psychiaters van STICHTING KEA als THANET drijft een wig in de behandelrelatie tussen behandelend psychiater en patiënt met doodswens, wanneer de euthanasievraag van de patiënt door psychiater op inhoudelijke gronden niet gehonoreerd kan worden. Afwijzing van de euthanasie maakt het motiveren van patiënten voor openstaande behandelopties moeilijker, zo merk ik nu al bij de second opinions in de euthanasietrajecten, waarbij ikzelf was betrokken. Euthanasie wordt in dergelijke gevallen door ernstig zieke, kwetsbare psychiatrische patiënten vaak als een aantrekkelijker behandeloptie gezien om hun lijden te verminderen dan het aangaan van een nieuwe intensieve behandeling, die tot vermindering van lijden kan leiden. Voor patiënten blijkt het feit dat de psychiaters van STICHTING KEA en THANET openlijk over 'uitbehandelde' psychiatrische aandoeningen spreken en deze gelijk stellen aan uitbehandelde terminale somatische ziekten, een belangrijke reden te zijn om de hoop op verder herstel te laten varen. Dit verhoogt vervolgens tevens de kans op suïcide bij deze kwetsbare patiënten.

4. De psychiaters van STICHTING KEA verhogen aantoonbaar het risico op suïcide bij kwetsbare mensen door aanhoudend in publieksmedia, samen met patiënten en naasten, euthanasie te presenteren als humane, haast aantrekkelijke manier om eenzame suïcide te voorkomen. Hierbij laten zij na om in hun communicatie te wijzen op hulpverlenende instanties bij suïcidaliteit, zoals 113online. Toen ik persoonlijk KEA-psychiater Oosterhoff adviseerde om dit wel te doen, gaf hij aan niet te geloven dat zijn publiekscampagne over euthanasie zou kunnen leiden tot meer suïcidaliteit, wat in strijd is met de wetenschappelijke kennis op dit gebied.

5. Er is inmiddels in de psychiatrische praktijk sprake van toenemende oprekking van het wettelijk zorgvuldigheidscriterium 'uitzichtloosheid van het lijden' bij beoordeling van de euthanasievraag van psychiatrische patiënten, doordat veel GGZ-zorgaanbod de afgelopen decennia is weggesaneerd door beleid van het ministerie van VWS en de uitvoerende zorgverzekeraars. Het betreft hierbij vooral GGZ-ketenzorg voor de behandeling van de kwetsbaarste GGZ-patiënten, waardoor deze sneller in een situatie terecht komen dat er geen passende behandeling meer geboden kan worden. De uitzichtloosheid die dit zowel bij hen, hun naasten, als ook hun GGZ-behandelaren [wordt] veroorzaakt, zorgt steeds vaker voor het honoreren van een euthanasiewens is de indruk van mij en veel collegapsychiaters, die werkzaam zijn in de zogenaamde 'cruciale GGZ'.

De relatie tussen het steeds kariger zorgaanbod in de GGZ voor de ziekste patiënten en de toenemende vraag naar euthanasie bij psychisch lijden wordt overigens in de publiekscampagnes van met name STICHTING KEA, maar ook THANET ontkend of gebagatelliseerd.

6. Publiekelijk propageren van euthanasie bij psychisch lijden door met name STICHTING KEA maakt het ook voor naasten van patiënten met een chronische doodswens moeilijker om de moed erin te houden en patiënten te blijven ondersteunen. Zeker bij herhaalde suïcidepogingen van patiënten kan euthanasie voor naasten als een oplossing gaan voelen van hun beproeving, op grond waarvan naasten impliciet, maar ook expliciet druk kunnen gaan uitoefenen op patiënten om een euthanasietraject te overwegen, zo is mijn ervaring. Dit maakt het voor patiënten uiteraard nog lastiger om de hoop niet op te geven en te kiezen voor blijven leven.

Op grond van bovenstaande ondersteun ik dan ook als bezorgde psychiater de suggestie van X Y (De Stichting Z namens naasten en nabestaanden) om na te gaan of de eerder genoemde casus van de 17-jarige patiënte, die onlangs overleed door euthanasie, te onderwerpen aan verkennend strafrechtelijk onderzoek, zich toespitsend op de vraag in hoeverre de naasten van deze kwetsbare patiënte, in samenwerking met de bij deze euthanasie betrokken KEA-psychiaters Oosterhoff en Vanmechelen, de jonge patiënte beïnvloed hebben in haar keuze voor euthanasie, waarbij er bovendien aanwijzingen zijn vanuit de door STICHTING KEA publiekelijk verspreide informatie over deze casus dat patiënte niet meer volledig wilsbekwaam haar eigen recht op leven kon beoordelen of haar eigen zorgvraag in een situatie van nood nog kon behartigen. Ter onderbouwing van bovenstaand vermoeden, verwijs ik naar een interview dat psychiater Kit Vanmechelen gaf aan de Volkskrant, waarin zij verklaart:

“Na zo'n lange tijd is er bijna geen ruimte meer om met mensen het gesprek aan te gaan over de vraag of er nog behandeling mogelijk is. Het lijden dat ik zag, was verschrikkelijk. Ik kwam bij mensen die al jaren niet meer uit bed kwamen en niemand meer zagen. Anderen hadden vreselijke angsten. Of ze hadden zo'n ernstige dwangstoornis dat zij vrijwel niets meer konden aanraken. Dat zijn vreselijke taferelen. Onvoorstelbaar, hoe lang mensen het soms vol hadden gehouden. En ze kregen vaak ook nog het verwijt dat ze niet genoeg hun best hadden gedaan om beter te worden. Mensen leden soms zo ondraaglijk, dat ik bijna moest huilen of braken als ik er wegging. Verpleegkundigen zeiden: zo laten we onze beesten nog niet doodgaan”.

Mijn vraag bij dit citaat is of een arts/psychiater op grond van diens artseneed niet de plicht heeft om het lijden van een patiënt in een dergelijke zorgwekkende toestand te verlichten in plaats van de patiënt aan zijn lot over te laten.

Daarnaast vraag ik mij af of het verlenen van euthanasie bij dergelijk ernstig psychisch lijden niet veel meer een 'ultimum refugium' zou moeten zijn, waar veel terughoudender en discreter mee zou moeten worden omgegaan dan momenteel steeds vaker het geval is. Het streven van STICHTING KEA en THANET om euthanasie bij psychisch lijden tot een regulier zorgaanbod te maken bij ernstig psychisch lijden, gaat mijns inziens niet alleen een ethische, maar ook een medische grens over.

Of hier ook in juridische zin grenzen overgegaan worden is uiteraard ter beoordeling van in deze complexe materie ingevoerde juristen.

Tot slot:

De opvallende toename van het verlenen van euthanasie bij psychiatrische patiënten in Nederland trekt ook internationaal aandacht. Op 14 april j.l. verscheen in The Sunday Times het artikel: 'This Dutch woman is physically healthy – and choosing euthanasia at 33' (<https://archive.ph/OuDIZ>).

In dit Britse artikel vallen enkele zaken op:

1. Expertisecentrum Euthanasie had onlangs het euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden van de in het artikel opgevoerde patiënte afgewezen, waar patiënte het niet mee eens was, waarop ze op zoek ging naar een psychiater die haar wel wilde helpen om via euthanasie te sterven.
2. Ondanks eerdere afwijzing van haar euthanasieverzoek door het gespecialiseerde Expertisecentrum Euthanasie, zag psychiater Oosterhoff blijkens het artikel korte tijd later ineens wel gronden om haar te euthanaseren en vond hij hierbij een psychiater die bereid was om hiermee in te stemmen. Dit is opvallend, te meer daar mij uit het artikel niet eenduidig blijkt dat sprake is van 'ondraaglijk lijden' bij deze patiënte en het de vraag is of haar lijden inderdaad 'uitzichtloos' is, zoals de Euthanasiewet vereist.
3. In het Times-artikel wordt hiermee de indruk gewekt dat een euthanasie-enthousiaste psychiater als Oosterhoff de wettelijke zorgvuldigheidseisen in de Euthanasiewet ruimer interpreteert dan eerder zijn collega-psychiaters van het Expertisecentrum Euthanasie, die het euthanasieverzoek van deze patiënte niet in behandeling namen, en dat 'euthanasie-shoppen' van patiënten na eerdere afwijzing van een euthanasieverzoek dus kan lonen. Dit lijkt mij een uitermate onwenselijke ontwikkeling, die willekeur in de toepassing van euthanasie bij psychisch lijden in de hand werkt.

Hierbij is het de vraag hoe onafhankelijk de second opinion i.h.k.v. het euthanasieverzoek bij deze patiënte eigenlijk was in het geval dat Oosterhoff hiervoor eveneens een euthanasie-enthousiaste collega-psychiater heeft gevraagd uit zijn netwerk.

Ik vraag mij af of de euthanasie-enthousiaste psychiaters in Nederland hiermee niet feitelijk op eigen gezag de Euthanasiewet aan het oprekken zijn tot een wet 'Voltooid leven' voor mensen die klaar zijn met leven of 'levensmoe' zijn.

Dank voor uw aandacht.

Hoogachtend,

[W.P.A. van Rooij, psychiater te Veldhoven]

Email
Telefoon

Deze brief wordt tot nu toe ondertekend door de volgende artsen:

- A, kinder- en jeugdpsychiater te
- B, psychiater te
- C, psychiater/systeemtherapeut te
- D, psychiater/psychotherapeut te
- E, psychiater/systeemtherapeut te
- F, psychiater/ te
- G, psychiater te
- H, huisarts te
- I, arts M&G/jeugdarts adolescenten te
- Prof. dr. J.J. van Os, psychiater te Amsterdam
- K, psychiater/psychoanalytisch psychotherapeut te
- L, kinder- en jeugdpsychiater te
- M, huisarts/epidemioloog te

[veertien ondertekenaars, van wie alleen de naam van prof. dr. J.J. van Os, psychiater te Amsterdam, niet is weggelakt;

W.P.A. van Rooij heeft zich later als auteur en eerste ondertekenaar bekendgemaakt;

De naam van D.A.J.P. Denys staat, naar kan worden aangenomen, ook onder de brief; hij ontkent echter de brief te hebben ondertekend]

Bijlage 2

Het interview van prof. dr. D.A.J.P. Denys in de NRC van 20 juli 2024, door Bas Haan

[NRC website 19 juli 2024, krantenversie 20 juli 2024]

INTERVIEW

Damiaan Denys: 'De wens om niet te willen leven mag je niet gelijkstellen aan de wens om dood te zijn'

Damiaan Denys | hoogleraar psychiatrie Een groep psychiaters maakt zich zorgen over de Nederlandse euthanasiepraktijk bij psychisch lijden en over „het ontsporend discours” daarover in de media. Ze zochten steun bij het Openbaar Ministerie.

Dit voorjaar stuurden vijftien psychiaters en artsen een brandbrief aan het OM over de gevolgen van wat zij zien als „een indringende publiciteitscampagne”. De briefschrijvers, waaronder (kinder)artsen en de bekende psychiaters Damiaan Denys en Jim van Os, verzetten zich tegen andere bekende psychiaters die volgens hen steeds prominenter „propageren dat euthanasie laagdrempeliger als behandeloptie beschikbaar gesteld moet worden”. Dat doen ze in mediaoptredens en met stichtingen. Zo beoogt het eind vorig jaar opgerichte kenniscentrum Stichting KEA actief „de mogelijkheid van euthanasie bij psychische aandoeningen te vergroten”. De ondertekenaars van de brandbrief zijn daar fel op tegen. Ze zijn bang dat daarmee patiënten en naasten worden „aangezet tot het opeisen van euthanasie”. Als voorbeeld noemen ze een uitgebreid in de media belichte casus van een zeventienjarige patiënte. Jarenlang werd zij voor trauma's en depressies behandeld – dat bleef zonder effect. Uiteindelijk is haar euthanasiewens ingewilligd.

De huidige euthanasiepraktijk gaat volgens de ondertekenaars „niet alleen een ethische, maar ook een medische grens over”. Ze vragen in hun brief aan het OM of en zo ja in hoeverre er ook juridische grenzen overschreden worden.

In reactie ontving de topman van het OM, Rinus Otte, vorige week een delegatie van de ondertekenaars. Die bestond uit de psychiaters Jim van Os, die voorafgaand aan het gesprek met het OM al een opiniestuk in Trouw schreef, en Damiaan Denys, hoogleraar psychiatrie bij het Amsterdam UMC en tevens filosoof.

„Wij vonden gehoor bij het OM, de zorg werd gedeeld” zegt Denys terugblikkend op het gesprek met procureur-generaal Otte. „Hij herkende het probleem en zag ook de verruiming van de euthanasiepraktijk in meerdere opzichten: zowel in de richting van ‘voltooid leven’ als bij jongeren met psychisch lijden, en het gemak waarmee dat toegepast kan worden. Hij herkende ook de verwarring over hoe verschillende instanties omgaan met het toepassen en het voorschrijven van richtlijnen. En uit die herkenning en die gedeelde zorg was er zeker een behoefte om ons te helpen.

„Maar het OM voelt zich onmachtig om verder te gaan. Otte zegt dat hij als jurist gebonden is aan wat hij de ‘gemiddelde medische standaard’ noemt, dus een soort consensus in de beroepsgroep. En dat het aan de beroepsgroep is om daarmee te komen. Die hoopt dus juist dat wij met ons tegengeluid de discussie op gang zouden brengen om de verruiming van de euthanasiepraktijk tegen te gaan.”

Nu staan patiënten die onnodig lijden, soms jarenlang op wachtlijsten. De pleitbezorgers voor meer kennis, begrip en toepassing van euthanasie bij psychisch lijden nemen het op voor die onbehandelbare patiënten. Wat is daar mis mee?

„Onbehandelbaar in de euthanasiecontext betekent dat er geen mogelijkheden meer zijn tot behandeling vanwege medische argumenten, niet vanwege wachtlijsten door problemen binnen het huidige gezondheidssysteem. Ik zie euthanasie-aanhangers die crisis in de gezondheidszorg gebruiken om euthanasie te normaliseren. Zodra euthanasie in de media wordt gepropageerd en het wordt een behandeloptie, gaan mensen dat in hun verzoek, in hun relatie met de arts, met de psycholoog, met de psychiater, meenemen. En dat heeft impact op eventuele hoop, of afwezigheid voor hoop, op behandeling. Dat heeft impact op hoe zo’n behandeling verloopt, over de mogelijkheden, over hoe de behandelaar zich als therapeut gaat opstellen. Dat beïnvloedt die hele dynamiek. De grote zorg daarbij is dat mensen afhaken voor reguliere behandelingen. Want behandeld worden voor psychische klachten is ongelooflijk zwaar en duurt jaren.

„Een groep van fragiele patiënten is vatbaar voor dit soort berichtgeving. Het wordt een media-event en bij de behandelaars die dit propageren speelt het persoonlijke idee over wat het leven zou moeten betekenen, over wat lijden mag zijn, een enorme zware rol in het gemak en in het verdedigen van het standpunt dat ze innemen. Zij moeten zich realiseren dat het toekennen van euthanasie altijd ook gepaard gaat met de persoon van een behandelaar, een persoonlijke mening. En die speelt door de verruiming van de euthanasiepraktijk een steeds grotere rol.”

Draagt u met dit interview niet zelf bij aan wat u het media-event noemt?

„Ja, dat is zo. Ik realiseer mij de paradox dat wij ons zorgen maken over de mediatisering van dit onderwerp en nu zelf de media opzoeken om die mediatisering onderuit te halen. Maar ik hoop dit verhaal met voldoende nuance te kunnen brengen. De nuance waar het om gaat is die grote behoedzaamheid die je bij een euthanasiebesluit in acht moet blijven nemen.”

In Nederland is euthanasie sinds 2002 wettelijk geregeld. Een patiënt moet in staat zijn zelf om euthanasie te verzoeken in geval het lijden zowel uitzichtloos als ondraaglijk is. Volgens Denys was dat een verruiming van de gangbare medische praktijk om bij mensen vlak voor hun sterven aan een lichamelijke aandoening, het lijden te verlichten en de dood te bespoedigen met bijvoorbeeld morfine. Met de legalisering nam ‘uitzichtloosheid’ als criterium de plaats in van een te verwachten dood binnen afzienbare tijd. De volgende stap was het opheffen van het onderscheid tussen psychisch lijden en lichamelijk lijden. En nu zijn de grenzen volgens Denys nog verder opgerekt. Er is geen medische stoornis meer nodig. Voldoende is de subjectieve persoonlijke beleving van de patiënt die gehoor vindt bij een behandelaar.

„We zitten in een grijze zone. Je hoeft niet eens een stoornis te hebben, als je maar uitzichtloos en ondraaglijk lijden ervaart. Maar daar is geen objectief criterium voor. Zeker bij zeer jonge mensen die psychisch lijden. Altijd speelt daarbij de vraag: in welke mate wordt het besluit beïnvloed door het ziektebeeld waar de persoon aan leidt. Dat is ook niet te scheiden. Iemand die depressief is, iemand die een dwangstoornis heeft, iemand die verslaafd is, iemand die persoonlijkheidsproblemen heeft, die kijkt op een andere manier naar de werkelijkheid dan wanneer die dat niet zou hebben. Je kunt de doodswens van iemand die lijdt aan psychische klachten niet los zien van dat ziektebeeld. Er is geen neutrale en redelijke persoon aanwezig. Dat is de essentie van psychische klachten. De wens om niet te willen leven mag je niet gelijkstellen aan de wens om dood te zijn. Maar dat gebeurt wel. Nu kan iemand van zestien of zeventien die het niet zitten, geholpen worden uit het leven te stappen op basis van eigen beleving van ondraaglijk lijden.”

Bent u principieel tegen euthanasie bij psychisch lijden?

„Nee, zeker niet. Ik heb verschillende patiënten gehad die euthanasie hebben gevraagd en hebben gekregen. Het ingewikkelde is dat alle criteria in de psychiatrie subjectief zijn. Het is afhankelijk van de interpretatie van de patiënt, afhankelijk van de interpretatie van de behandelaar, van degene die het beoordeelt. En er is altijd een soort van normatief geweten dat iemand heeft, wat impliciet bepaalt of die het goedkeurt of niet goedkeurt. Dat zie je bij religieuze mensen, maar net zo goed bij neoliberale mensen. Niemand heeft hierover absolute objectiviteit in dezen. Maar tegelijk kun je, ondanks het subjectief karakter, wel vaststellen dat sommige mensen inderdaad onnoemelijk lijden. En je kunt ook vaststellen dat er een absolute onbehandelbaarheid is als je de laatste mogelijke behandeling hebt toegediend. Als je dan 45, 50 bent, en je moet nog dertig jaar en je lijdt echt elke dag, dan is misschien de dood de meest humane oplossing van alle inhumane oplossingen.”

Dat is toch precies het argument van de mensen tegen wie u zich verzet?

„Het verschil zit hem in die behoedzaamheid. Er zijn casussen waarbij iemand twee jaar op de wachtlijst voor euthanasie staat, dood wil en een maand voordien plotseling verliefd raakt en ervan afziet. Er is onderzoek waaruit blijkt dat mensen op een wachtlijst uiteindelijk hun verzoek heroverwegen nadat ze uitgebreide gesprekken met een behandelaar over de dood hebben gehad en daar nieuwe betekenis aan hebben gegeven. Dat zijn allemaal casussen, maar ze zijn illustratief. Hoewel de wens om te overlijden heel hardnekkig kan zijn, is dat niet genoeg. De consistentie van die wens over lange tijd is cruciaal om euthanasie te honoreren bij psychisch lijden. En juist die consistentie blijkt toch volatiel.

„Aan de beslissing om euthanasie te verlenen bij een van onze patiënten was een behandeltraject voorafgegaan van twintig, dertig jaar. Alle behandel mogelijkheden waren uitgeput en er is vijf of zes jaar gewacht, alvorens te besluiten dat de laatste behandeling niet hielp. Dat is niet mogelijk bij zeer jonge patiënten. Helemaal niet als euthanasie wordt aangeprezen als een behandeloptie, in een omgeving waarin publiekelijk een soort atmosfeer wordt gecreëerd om psychiaters en patiënten aan te zetten euthanasie te vragen en ook uit te voeren. Dat is waar een grote groep van psychiaters zich zorgen over maakt. Daarom ben ik wel per definitie tegen al te vroeg toepassen van euthanasie bij kinderen en jongeren.”

Hoe terecht zijn uw zorgen als in de Nederlandse praktijk zelden wordt vastgesteld dat euthanasie onzorgvuldig is uitgevoerd?

„Maar dat weten we niet. Het is heel ingewikkeld om fouten aan te wijzen als de criteria om die zorgvuldigheidseisen te toetsen eigenlijk niet objectief te beoordelen zijn. Het is in principe heel gemakkelijk om euthanasie te krijgen. Soms gemakkelijker dan een behandeling. Iemand kan jaren op een wachtlijst staan voor een behandeling, die vervolgens ook jaren in beslag neemt. Maar euthanasie aanvragen en krijgen kan inderdaad, bij wijze van spreken, in twee maanden. Dat is te makkelijk.

„Als je een SCEN-arts [Steun en Consultatie Euthanasie Nederland] vindt en een psychiater en een tweede psychiater die jou steunen in je opvattingen over ondraaglijk lijden, dan kan je het gewoon uitvoeren. Dat is de omgekeerde wereld. Eerst moet je de geestelijke gezondheidszorg stutten met meer geld voor betere behandeling van heel zieke patiënten.”

Mag je volgens u dan sowieso niet pleiten voor het verruimen van euthanasiemogelijkheden in een omgeving waar juist voor de kwetsbaarste patiënten de basiszorg tekortschiet?

„Nee. Pas als je deze mensen kunt behandelen en je hebt voldoende voorzieningen, dan pas kan je gaan kijken of het eventueel ethisch dan wel medisch legitiem is om te zeggen: we gaan heel ruimhartig omspringen met euthanasie.”

Maar is dan de consequentie van dat principiële standpunt niet dat er mensen eindelijk onnodig lijden?

„Ja, zeker.”

Hoe humaan is dat?

„Ik denk niet dat dat humaan is. Maar de vraag is of het humaner is om dan als oplossing te voorzien dat die mensen moeten sterven.”

En wat is uw antwoord?

„Nee.”

Hoe kun je met die uiteenlopende standpunten en normatieve kaders voorkomen dat de euthanasiepraktijk verder polariseert?

„Ik denk dat een goede suggestie zou zijn om mensen met uitgesproken, geradicaliseerde, gepolariseerde attitudes ten opzichte van euthanasie, te onthouden om het zelf uit te voeren of toe te kennen. Ik zou in het geval van bijvoorbeeld jonge patiënten pleiten voor een andere aanpak, om een te sterk sturend effect van de eigen behandelaar te voorkomen. Bijvoorbeeld door het euthanasiebesluit over te laten aan een groep van behandelaars: een commissie die een langdurig beraad in acht neemt om tot een euthanasie over te gaan. Omdat in elke omstandigheid waarin je bepaalt dat iemand moet sterven, gematigdheid, nuance en geduld de meest belangrijke aspecten zijn. En uiteraard zal dat misschien vervelend zijn voor sommige behandelaren of sommige patiënten, maar nogmaals, het gaat hier om de dood, het einde van het leven, en dat kun je maar één keer toepassen.”

CV

Damiaan Denys (1965, Wevelgem België) studeerde filosofie en geneeskunde aan de KU Leuven. In 2004 promoveerde hij als psychiater aan de universiteit Utrecht.

Sinds 2007 is hij hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam en tot kort afdelingshoofd psychiatrie.

Vanaf 2024 leidt hij aan het AmsterdamUMC een interdisciplinair onderzoekscentrum op het snijvlak van psychiatrie, psychotherapie en filosofie.

Bijlage 3

Persbericht Openbaar Ministerie (OM)

Begin mei 2024 ontving het College een brief namens 14 artsen, merendeel psychiaters. Zij uitten, kort samengevat, hun zorgen bij het Openbaar Ministerie over, zoals zij het zagen, de promotie van euthanasie bij jonge mensen.

In de brief werd één specifieke zaak als voorbeeld genoemd: de levensbeëindiging van een 17-jarige vrouw. Ook werd de psychiater genoemd die bij deze euthanasie was betrokken. Onder meer werd aan het College gevraagd of het mogelijk was om een verkennend strafrechtelijk onderzoek te verrichten naar aanleiding van die levensbeëindiging.

Niet de casus, maar de in de brief geuite algemene zorgen gaf aanleiding de briefschrijver uit te nodigen om, samen met een of twee anderen namens wie die brief was gestuurd, de zorgen toe te lichten. Dat gesprek tussen de voorzitter en twee psychiaters vond begin juli plaats.

Een aantal dagen voor dit gesprek heeft een medewerker van het Openbaar Ministerie aan de uitgenodigde psychiaters een toelichting gegeven op het toepasselijk juridisch kader bij euthanasie in geval van psychisch lijden. Dat kader komt er kort gezegd op neer dat het strafrecht in 2002 met de inwerkingtreding van de euthanasiewet (voluit de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, afgekort de Wtl) op afstand staat.

Concreet houdt dit in dat een arts tot euthanasie mag overgaan op voorwaarde dat de arts die euthanasie daarna, dus achteraf, door de RTE (Regionale Toetsingscommissie Euthanasie) laat toetsen en de arts zorgvuldig handelt. Het is derhalve in eerste instantie aan de RTE om te beoordelen of de arts bij euthanasie zorgvuldig heeft gehandeld en daarbij heeft voldaan aan de zes eisen die zijn genoemd in artikel 2 lid 1(A tot en met F) van de Wtl. Voor patiënten met psychisch lijden geldt daarbij dat van een arts extra grote behoedzaamheid wordt verlangd. Alleen in het geval dat de RTE tot het oordeel komt dat de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld, zo is de psychiaters verteld, wordt dat oordeel door de RTE onder de aandacht gebracht van het Openbaar Ministerie. In de door de psychiaters genoemde levensbeëindiging, heeft het College van de RTE geen oordeel ‘onzorgvuldig’ ontvangen. Er is dan ook geen reden om een onderzoek te starten.

Dat is psychiaters direct medegedeeld in het voorgesprek.

Over de inhoud van het gesprek tussen de voorzitter en de psychiaters doet het OM geen mededelingen. Volstaan wordt met een toelichting op het juridisch kader.

- Strafrechtelijk onderzoek is in beginsel alleen mogelijk bij een oordeel 'onzorgvuldig' van de RTE.
- Onderzoek is ook mogelijk als feiten en omstandigheden leiden tot een verdenking van een strafbaar feit. Een dergelijke situatie (verdenking van een misdrijf nadat de RTE een oordeel 'zorgvuldig' heeft afgegeven) heeft zich echter nog nooit voorgedaan en is ook hier niet aan de orde.
- Als het Openbaar Ministerie een oordeel 'onzorgvuldig' ontvangt, beziet het dat oordeel in het licht van de eigen beleidsregel: dat is de Aanwijzing euthanasie en hulp bij zelfdoding.
- In die Aanwijzing worden twee zorgvuldigheidseisen uit de Wtl gezien als zeer belangrijk, namelijk de eisen genoemd in artikel 2 lid 1 onder A en B Wtl. De eerste eis heeft betrekking op de voorwaarde dat het euthanasieverzoek vrijwillig en weloverwogen moet zijn gedaan. De tweede eis ziet op het lijden dat uitzichtloos en ondraaglijk moet zijn. Als ook het OM tot het oordeel komt dat, net als de RTE, de A en/of B-eis is geschonden, ligt vervolging voor de hand behoudends uitzonderingen.
- Uit de jurisprudentie (uit de tijd voordat de Wtl in werking trad) volgt dat de arts die wil ingaan op een euthanasieverzoek van een patiënt met psychisch lijden, extra behoedzaam moet handelen. Dat is van belang omdat het lijden en de wilbekwaamheid sterk beïnvloed kunnen zijn door de ziekte. Voorkomen moet worden dat het leven van een patiënt wordt beëindigd terwijl diens doodswens onvoldoende overwogen was of het lijden van die patiënt op een andere manier dan euthanasie te beëindigen was.
- Het is aan de medische beroepsgroep zelf om – binnen de wettelijke kaders – die behoedzaamheid nader in te vullen. Het gaat daarbij om het heersend medisch inzicht, oftewel om de professionele standaard waarover binnen de beroepsgroep brede consensus bestaat. In 2018 heeft de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) een richtlijn opgesteld voor euthanasie bij psychisch lijden. Het is deze richtlijn die het Openbaar Ministerie aanhoudt wanneer het een oordeel 'onzorgvuldig' van de RTE ontvangt in geval van psychisch lijden.

[Dit persbericht heeft betrekking op de euthanasie van Milou Verhoof (17). Het RTE-ordeel luidde: 'zorgvuldig'. Het nummer, met link, van dat oordeel is [2024-003](#)]

Bijlage 4

Wetsgeschiedenis Euthanasiewet (Wtl)⁵⁶

[Over het vervolgingsmonopolie van het OM]

Nota naar aanleiding van het verslag, Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 26 691, nr. 6:

Met deze stelling kunnen wij het niet eens zijn. Het vervolgingsmonopolie behelst het alleenrecht van het openbaar ministerie om strafzaken bij de strafrechter aan te brengen. In het verlengde daarvan is het openbaar ministerie bevoegd om een opsporingsonderzoek in te stellen. Tot het instellen van een opsporingsonderzoek is slechts aanleiding bij een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. Dit geldt in het algemeen en niet slechts bij de strafbare feiten waar het bij dit wetsvoorstel om gaat. In dit opzicht wordt ingevolge dit wetsvoorstel op het vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie geen inbreuk gemaakt, omdat het openbaar ministerie in alle gevallen de bevoegdheid behoudt om tot strafvervolging over te gaan. Wel hebben deze leden gelijk voor zover zij bedoelden naar voren te brengen dat dit wetsvoorstel ertoe leidt dat de beslissingsbevoegdheid van het openbaar ministerie ter zake van levensbeëindigend handelen door artsen wordt beperkt. Wij herhalen hier nogmaals, dat dit wetsvoorstel ertoe strekt, de strafbaarheid van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding door artsen onder strikte voorwaarden op te heffen. Indien de regionale toetsingscommissie tot een positief oordeel komt over het handelen van de arts, is er geen sprake van enig redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit. In die gevallen is er ook geen aanleiding de zaak aan het openbaar ministerie voor te leggen. Daarmee is het vervolgingsrecht van het openbaar ministerie nog niet beperkt. Aanleiding tot vervolging zal echter alleen kunnen ontstaan, indien het openbaar ministerie zulks nodig acht, nadat de commissie het handelen van de arts onzorgvuldig heeft geoordeeld of indien een opsporingsonderzoek ingesteld na een aangifte, daartoe aanleiding geeft. Overigens wijzen wij deze leden erop dat ook binnen de huidige regelgeving, waarbij het openbaar ministerie nog wel in alle gevallen het eindoordeel heeft, reeds jarenlang slechts sporadisch vervolging wordt ingesteld. (p. 41)

De leden van de D66-fractie vragen naar het oordeel over het pleidooi van prof. Sutorius voor het opnemen van een vervolgingsuitsluitingsgrond voor artsen die naar het oordeel van de toetsingscommissie zorgvuldig hebben gehandeld. Dit heeft gevolgen voor het vervolgingsmonopolie van het openbaar ministerie; het doet daaraan namelijk af. Deze stap heeft het kabinet niet willen zetten. Bewust is de mogelijkheid opgehouden om, ook na een positief oordeel van de toetsingscommissie alsnog een strafrechtelijk onderzoek in te stellen, indien daartoe voldoende aanleiding bestaat. Indien een positief oordeel van de regionale toetsingscommissie ertoe zou leiden dat het openbaar ministerie in een dergelijke zaak geen recht tot strafvordering meer zou hebben en dus ook geen onderzoek meer mag bevelen, ontstaat de situatie dat het positieve oordeel over de aanwezigheid van de strafuitsluitingsgrond niet meer aan te tasten valt. De strafrechtelijke waardering zou daarmee feitelijk aan de commissies zijn overgedragen. Hiervan is in het voorliggende voorstel geen sprake en dat verkiezen wij zo te houden. De voorgestelde regeling gaat er weliswaar van uit dat met een positief oordeel van de commissie in het overgrote deel van de gevallen ook een definitief oordeel over de gedraging van de arts is gegeven, maar zij sluit strafrechtelijk optreden niet per definitie uit. Dat zou wel het geval zijn bij het opnemen van de vervolgingsuitsluitingsgrond. Wij menen dat met het formuleren van de strafuitsluitingsgrond een verantwoord evenwicht is gevonden tussen het belang van de arts bij een spoedige en deskundige beoordeling van zijn gedrag en het terugbrengen van de onzekerheid dienaangaande enerzijds en het belang van de waarheidsvinding in het geval dat een strafrechtelijk onderzoek gewenst is anderzijds. Het instellen van een opsporingsonderzoek nadat de toetsingscommissie reeds een positief oordeel heeft gegeven, behoeft geenszins te betekenen, dit in antwoord op een vraag hierover van de D66-fractie, dat de toetsingscommissie haar werk niet goed zou hebben verricht. Aanleiding tot een opsporingsonderzoek zal voor de officier van justitie gelegen kunnen zijn in een gefundeerde aangifte die door de bevindingen van de toetsingscommissie, waarover de officier van justitie ingevolge artikel 10, tweede lid, kan beschikken, niet aanstonds wordt weerlegd. Afgaande op de ervaringen van de afgelopen tien jaar achten wij de hier bedoelde situatie overigens overwegend theoretisch denkbaar. (p. 45-46)

⁵⁶ Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding), *Stb.* 2001, 194. Deze wet is in werking getreden op 1 april 2002.

Bijlage 5

A.J. Tholen, R.L.P. Berghmans, J. Legemaate, W.A. Nolen, J. Huisman en M.J.W.T. Scherders, 'Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische stoornis; richtlijnen voor de psychiater', *Ned Tijdschr Geneesk* 1999 24 april;143(17).

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

Geneeskunde en recht

Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische stoornis; richtlijnen voor de psychiater

a.j.tholen, r.l.p.berghmans, j.legemaate, w.a.nolen, j.huisman en m.j.w.t.scherders^{57*}

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) publiceerde in september 1998 het rapport 'Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater'.¹ Dit rapport is opgesteld door de NVvP-commissie 'Hulp bij zelfdoding', na consultatie van tientallen betrokken deskundigen en organisaties en bespreking tijdens een conferentie voor genodigden in 1997. Het schetst de grote lijnen waarbinnen elke individuele vraag om hulp bij zelfdoding beoordeeld dient te worden en beoogt een zorgvuldige en bruikbare procedure te bieden die aanvaard wordt door de beroepsgroep en aansluit bij de ethische normen die in de beroepsgroep en in de maatschappij bestaan. De richtlijnen stellen geen indicaties voor hulp bij zelfdoding en bieden evenmin een oplossing voor de uitzonderlijke noodsituatie en de daarmee verbonden dilemma's waar een psychiater mee geconfronteerd kan worden. Wel geeft het rapport richtlijnen ten aanzien van de beoordeling van het verzoek om hulp bij zelfdoding, het lijden en de uitzichtloosheid daarvan. Tevens biedt het richtlijnen voor de te volgen procedure en de handelwijze en geeft het de psychiater een handreiking om zorgvuldig tot een afweging te komen.

In dit artikel geven wij na een korte samenvatting van de praktijk bij vragen om hulp bij zelfdoding een overzicht van de belangrijkste uitgangspunten van de NVvP-commissie en de inhoudelijke en procedurele richtlijnen voor de psychiater.

de praktijk

Uit het evaluatieonderzoek van de meldingsprocedure blijkt dat in 1994 en 1995 jaarlijks ongeveer 320 maal een patiënt nadrukkelijk en herhaaldelijk verzocht om hulp bij zelfdoding.² Bij 70% was de doodswens volgens de psychiater duurzaam. De meest voorkomende diagnose was 'stemmingstoornis' (51%). De psychiater vond in tweederde van de gevallen dat de patiënt niet in staat was zijn eigen situatie te overzien en daarover een adequate beslissing te nemen. Eveneens in tweederde van de gevallen weigerde de patiënt een reële behandelingsmogelijkheid. Bij 1 op de 5 nadrukkelijke en herhaalde verzoeken (ruim 60 gevallen per jaar) had de psychiater inwilliging overwogen, waarna vrijwel altijd één of meer collega's werden geconsulteerd. In 2% van de recentste verzoeken (in 1994-1995) besloot de psychiater hulp bij zelfdoding te verlenen (2 tot 5 gevallen per jaar). Meestal ging het om patiënten met een somatische aandoening zoals aids of kanker met wie een psychiater een behandelrelatie had. In 3% van de gevallen verleende een andere arts hulp bij zelfdoding, 5% stierf een natuurlijke dood en 16% (ongeveer 50 patiënten per jaar) beëindigde het leven zonder hulp van een arts. Van 11% waren geen follow-upgegevens bekend. Van 63% was bekend dat zij nog leefden. Van hen had een kwart nog een duurzame doodswens, een kleiner deel een minder uitgesproken doodswens en de helft had geen duurzame doodswens meer.

Het evaluatieonderzoek laat dus zien dat een aanzienlijk aantal psychiaters jaarlijks geconfronteerd wordt met nadrukkelijke en herhaalde verzoeken om hulp bij zelfdoding door patiënten van wie minstens een- vijfde zich binnen afzienbare termijn van het leven berooft. Een nog aanwezige behandelingsmogelijkheid is in de meerderheid van de gevallen een reden om niet op het verzoek in te gaan.

Tweederde van de Nederlandse psychiaters vindt hulp bij zelfdoding vanwege een psychiatrische aandoening aanvaardbaar.² In de geschetste praktijk bleken psychiaters, ondanks het gegeven dat zij vaak met een duurzame doodswens werden geconfronteerd, zeer terughoudend met hulp bij zelfdoding.

uitgangspunten en zorgvuldigheidseisen voor psychiaters

Uitgangspunten. De NVvP-commissie heeft de richtlijnen voor het handelen bij een verzoek om hulp bij zelfdoding gebaseerd op een aantal uitgangspunten. Psychisch lijden is niet beperkt tot psychiatrische patiënten. Echter, de commissie vindt dat de psychiater alleen binnen de eigen rol als behandelaar van een patiënt met een psychiatrische stoornis een besluit tot hulp bij zelfdoding kan en mag nemen. Het criterium van het ondraaglijk lijden, hoe subjectief ook, maakt dat er sprake moet zijn van objectiveerbare ernstige symptomen, functiestoornissen en pathologische gedragingen. Daarbij wordt opgemerkt dat er bij vragen om hulp bij zelfdoding door patiënten met een persoonlijkheidsstoornis extra terughoudendheid betracht moet worden, gezien de grotere kans op overdracht en tegenoverdracht.

Ieder verzoek om hulp bij zelfdoding door een psychiatrische patiënt moet in eerste instantie worden opgevat als een vraag om levenshulp. Veel mensen die om hulp bij zelfdoding vragen, willen goede zorg. De hulp- verlening moet dan ook allereerst gericht zijn op het vinden van een levensperspectief. Van belang is dat de psychiater de patiënt laat zien dat deze zijn of haar doodswens serieus neemt. Dit is alleen al van belang om een goede behandelrelatie tot stand te brengen. Het is vervolgens mogelijk wederzijdse afspraken te maken over een route die uiteindelijk kan leiden tot de hulp bij zelfdoding. De commissie vindt het echter onjuist om zulke afspraken te maken als eigenlijk bij voorbaat door de behandelaar hulp bij zelfdoding principieel wordt uitgesloten.

De commissie gaat ervan uit dat er op individuele psychiaters noch een morele, noch een juridische plicht rust om hulp bij zelfdoding te verlenen. Evenmin bestaat er een vanzelfsprekend recht op hulp bij zelfdoding. Een psychiater die principieel weigert hulp bij zelfdoding te bieden, dient dit standpunt zo tijdig mogelijk aan de patiënt duidelijk te maken, niet alleen omdat er dan nog gelegenheid is rustig de wederzijdse meningen af te tasten en deze ook te blijven respecteren, maar ook om een collega-psychiater in de gelegenheid te stellen met de patiënt een behandelrelatie aan te gaan.

Het zo vroeg mogelijk bespreken van de richtlijnen voor hulp bij zelfdoding verschaft de patiënt duidelijkheid, ook over de eigen inspanningen die deze dient te leveren. De psychiater kan dan samen met de patiënt initiatieven ontplooiën om een dreigende zelfdoding te voorkomen. De patiënt moet zich zo vroeg mogelijk bewust worden van deze inspanningsverplichting, in het bijzonder wat betreft de medewerking aan nog in aanmerking komende behandelingen.

⁵⁷ *Leden van de commissie Hulp bij Zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Academisch Ziekenhuis, afd. Psychiatrie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen. Dr. A.J. Tholen, psychiater.
Instituut voor Gezondheidsethiek, Maastricht. Dr. R.L.P. Berghmans, gezondheidsethicus.
Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Rotterdam. Prof. mr. J. Legemaate, gezondheidsjurist.
Academisch Ziekenhuis, afd. Psychiatrie, Utrecht. Prof. dr. W.A. Nolen, psychiater (tevens: H.C.Rümkegroep, Utrecht).
Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven, Eindhoven. J. Huisman, psychiater.
Catharina Ziekenhuis, Eindhoven. M.J.W.T. Scherders, psychiater.
Correspondentieadres: dr. A.J.Tholen.

Zorgvuldigheidseisen. Binnen het bestaande reguleringskader wordt een arts die hulp bij zelfdoding verleent, ontslagen van rechtsvervolging als hij of zij zich aan bepaalde zorgvuldigheidseisen houdt. Deze eisen zijn analoog aan de eisen die gehanteerd worden bij euthanasie, te weten: een vrijwillig en weloverwogen verzoek, een duurzaam verlangen naar de dood, en ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Verder gelden er procedurele eisen voor de onafhankelijke consultatie, de uitvoering en de verslaglegging.

1. Vrijwillig en weloverwogen verzoek. Het verzoek van een patiënt om hulp bij zelfdoding moet vrijwillig en weloverwogen zijn. De eis van vrijwilligheid houdt in dat de psychiater zich ervan dient te vergewissen dat het verzoek onafhankelijk van dwingende invloeden van anderen tot stand is gekomen. Ervaart de patiënt zichzelf als een last voor de omgeving, zo ja waarom, en welke signalen ontvangt hij of zij hierover? Zijn er vormen van wonen of ondersteuning mogelijk waardoor patiënt aan die dwingende invloeden kan ontsnappen? Er zijn situaties denkbaar waarin de patiënt zulke ernstige, niet te beïnvloeden gedragsstoornissen vertoont, dat het niet te voorkomen is dat de omgeving hem als een last ervaart. De NVvP-commissie vindt dan ook dat deze vorm van verminderde vrijwilligheid geen reden hoeft te zijn om zijn verzoek om hulp bij zelfdoding bij voorbaat af te wijzen.

Behalve de genoemde dwingende invloeden van buitenaf kunnen er ook dwingende invloeden van binnenuit werken, die pathologisch van aard zijn en die de weloverwogenheid (wilsbekwaamheid) ondermijnen. Welke criteria kan de psychiater hanteren om vast te stellen of een keuze voor de dood weloverwogen is? In ieder geval zal deze moeten vaststellen dat de patiënt (a) duidelijk kiest voor de dood; (b) de voor deze keuze relevante informatie heeft ontvangen, opgenomen en begrepen, en zich bewust is van de motieven voor die keuze en van de emotionele gevolgen ervan voor zichzelf en anderen en; (c) met deze informatie een afweging heeft gemaakt tussen enerzijds de keuze voor verder leven, eventueel met de blijvende beperkingen als gevolg van de psychiatrische stoornis, en anderzijds de keuze voor zelfdoding, en deze keuze voor de dood binnen de eigen intellectuele mogelijkheden heeft kunnen beargumenteren.

De patiënt en de psychiater moeten zich beiden inspannen voor het bereiken van een inzicht dat zo groot is als men redelijkerwijs mag verwachten op grond van de psychosociale en intellectuele achtergrond van de patiënt. Soms zijn een optimaal ziektebesef en een zekere mate van zelfkennis essentieel voor het slagen van een behandelingsplan. Gebrek aan kennis over de ziekte en onvoldoende zelfkennis vormen naar de mening van de commissie dan ook een aanleiding voor een langer durend traject van voorlichting en psycho-educatie.

2. Duurzaam verlangen naar de dood. Uitgesloten moet worden dat een psychiater ingaat op een verzoek om hulp bij zelfdoding dat in een opwelling gedaan wordt. Naar de mening van de commissie kan pas gesproken worden van een duurzaam doodsverlangen, als de patiënt over een periode van minimaal enkele maanden weloverwogen, meerdere malen en ook tegenover derden het verzoek onmiskenbaar heeft geuit.

3. Ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Ook al is het door de patiënt als ondraaglijk ervaren lijden persoonlijk en subjectief, toch zal de psychiater zich er een eigen oordeel over willen en moeten vormen door te proberen zich zo goed mogelijk te verplaatsen in de situatie van de patiënt. Dit oordeel kan onderbouwd worden door, met toestemming van de patiënt, bij anderen te informeren naar hun indruk over het lijden van de patiënt. Daarbij gaat het behalve om de subjectieve beleving van de patiënt om de verhouding tussen draaglast en -kracht. Tegenover de draagkracht van de patiënt en diens sociale omgeving moet de draaglast geplaatst worden, die het gevolg is van de symptomen, beperkingen, invaliditeit en bijkomende tegenslagen.

Ondraaglijk lijden en een vraag om hulp bij zelfdoding zullen bij de geraadpleegde psychiater allerlei al dan niet bewuste gevoelens oproepen, niet in het minst omdat hulp bij zelfdoding door een psychiater nog altijd onder het strafrecht valt. Bij het beoordelen van het lijden van de patiënt kunnen ook overdracht en tegenoverdracht een rol spelen. De psychiater moet hier steeds alert op zijn en informeren naar reacties op de patiënt bij anderen. In het verslag voor de consultant dienen eigen observaties en eventuele vragen hierover te worden opgenomen. De commissie staat op het standpunt dat een zorgvuldig handelende psychiater in staat is om overdracht en tegenoverdracht bij de patiënt en zichzelf te herkennen, te behandelen of er tenminste rekening mee te houden. De arts dient eventueel op dit punt interview te vragen. Een zorgvuldige procedure, in het bijzonder de eis dat een onafhankelijke tweede psychiater de patiënt zelf spreekt, is naar de mening van de NVvP-commissie een voldoende waarborg op dit punt.

Lijden is uitzichtloos wanneer er geen uitzicht bestaat op verlichten, verzachten of wegnemen ervan. Absolute onbehandelbaarheid bestaat in de psychiatrie vrijwel niet, behalve als de psychiatrische stoornis berust op bijvoorbeeld een aantoonbaar irreversibele hersenbeschadiging. Om deze reden acht de commissie het van belang om van onbehandelbaarheid te spreken als er 'geen reëel behandelingsperspectief' meer bestaat. Aan een reëel behandelingsperspectief worden drie eisen gesteld: (a) naar huidig medisch inzicht is er bij adequate behandeling zicht op verbetering, (b) binnen een overzienbare termijn, (c) en met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. De psychiater mag concluderen dat er geen zicht op verbetering is, als kansrijk geachte, lege artis uitgevoerde, biologische, psychotherapeutische en sociale interventiemogelijkheden die meerwaarde hebben, zijn uitgeput. De commissie onderschrijft het oordeel van de Hoge Raad dat van uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan zijn als een reëel alternatief om het lijden te verlichten door de hulpvrager in volle vrijheid wordt afgewezen.

4. Consultatie door een onafhankelijke psychiater. Het oordeel van de geconsulteerde psychiater dient zo onafhankelijk mogelijk te zijn. Dit betekent dat een psychiater die niet bij de behandeling betrokken is en niet in dezelfde instelling werkt, de patiënt zelf moet onderzoeken. De consultant mag daarbij niet in de positie gebracht worden van degene die hulp bij zelfdoding goedkeurt. De behandelend psychiater is degene die zelf beslist of hij of zij de gevraagde hulp bij zelfdoding verleent. Dit moet men de patiënt duidelijk vertellen.

De behandelend psychiater zal zelf overtuigd moeten zijn dat hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd is, voordat deze formeel om een externe consultatie vraagt. Zolang de psychiater nog twijfelt, ligt het meer voor de hand om met collega's in de eigen instelling of directe omgeving te overleggen en zo nodig met collega's met specifieke deskundigheid. Het is aan te bevelen iemand voor de consultatie te benaderen die een bijzondere deskundigheid heeft op het gebied van de betreffende psychiatrische stoornis. Daarbij moet ook overwogen worden of consultatie en eventueel opname in een universiteitskliniek of een andere gespecialiseerde kliniek geïndiceerd is. De consult vragende psychiater moet de consultant voorzien van alle relevante informatie en een beredeneerd verslag waaruit blijkt dat naar zijn of haar mening aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. In de richtlijnen is een lijst opgenomen van de aandachtspunten voor verslaglegging. De geconsulteerde psychiater dient schriftelijk een second opinion te geven over tenminste de volgende punten: de psychiatrische diagnose, de vrijwilligheid en de weloverwogenheid van het verzoek om hulp bij zelfdoding, de duurzaamheid van het doodsverlangen, de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden, en overdracht- en tegenoverdrachtaspecten in de behandelrelatie.

5. Overleg met vorige behandelaren, de huisarts, naasten en andere betrokkenen. De psychiater zal de patiënt duidelijk moeten maken dat informatie van bepaalde vorige behandelaren absoluut noodzakelijk is in het kader van de zorgvuldigheidseisen. Ook met de huisarts moet overleg plaatsvinden. In verband met de zorgvuldigheidseisen kan geen rekening gehouden worden met een eventuele wens van de patiënt om de huisarts er niet bij te betrekken. De commissie vindt ook dat een psychiater die overweegt hulp bij zelfdoding te verlenen, moet overleggen met de naasten van de patiënt, vooral om onnodig leed te voorkomen. Als de patiënt geen toestemming geeft voor dit overleg, kan de psychiater besluiten af te zien van het verlenen van hulp bij zelfdoding. Er kunnen echter zwaarwegende redenen zijn om, op verzoek van de patiënt, juist niet met de naasten te praten.

Patiënten die om hulp bij zelfdoding vragen, zijn vaak in behandeling bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Zeker bij een beslissing om hulp bij zelfdoding te verlenen, ligt het voor de hand dat de meningen van de andere leden van het behandelteam een rol spelen. Dit laat echter onverlet dat het uiteindelijk om een beslissing van de psychiater en de patiënt gaat, en niet om een beslissing van het behandelteam.

consultatie gevraagd door een somatisch specialist of door een huisarts

De NVvP-commissie vindt dat het niet in alle gevallen uitgesloten hoeft te worden dat een somatisch specialist of een huisarts ingaat op een verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrische patiënt. Het zal hier in de eerste plaats gaan om patiënten die ten aanzien van hun

psychiatrische problemen als 'uitbehandeld' worden beschouwd en die hun verzoek om hulp bij zelfdoding richten aan hun huisarts of een somatisch gericht specialist bij wie zij in behandeling zijn. In de praktijk blijkt nogal eens dat huisartsen en somatisch gerichte specialisten die geconfronteerd worden met psychisch lijden niet voldoende distantie in acht nemen. Daarom vindt de commissie het nodig dat zij twee onafhankelijke psychiaters consulteren. Deze moeten zelf de patiënt onderzoeken. De consultvrager moet de consulterende psychiaters voorzien van informatie van vorige behandelaren, waaruit blijkt dat zij geen mogelijkheden meer zien om het lijden van de patiënt te verlichten. Als er nog een psychiater is die de patiënt begeleidt, bijvoorbeeld ter controle van onderhoudsmedicatie, moet de consultvrager intensief overleg met deze voeren en daarvan verslag doen aan de consulent. De consulent zal ook zelf met deze psychiater moeten overleggen.

Een psychiater kan gevraagd worden als consulent door een huisarts of somatisch specialist die euthanasie of hulp bij zelfdoding overweegt vanwege een somatisch lijden, dat al dan niet terminaal is. De rol van de psychiater hierbij is primair om te beoordelen of er naast het somatisch lijden een psychiatrische stoornis aanwezig is en zo ja, of behandeling van deze stoornis een invloed kan hebben op de vraag om hulp bij zelfdoding van de patiënt. Verder moet de psychiater beoordelen of de psychiatrische stoornis van belang is bij de toetsing van de zorgvuldigheidscriteria, met name de wilsbekwaamheid en de uitzichtloosheid.³

Indien een somatisch zieke patiënt een psychiater om hulp bij zelfdoding vraagt, zal er vaak al een behandelingsrelatie zijn vanwege een psychiatrische stoornis of psychologische problemen. Indien de psychiatrische stoornis een belangrijke reden voor de patiënt is om voor de dood te kiezen, dan kan de psychiater na een voldoende langdurige behandelrelatie tot de conclusie komen dat hulp bij zelfdoding medisch-ethisch gerechtvaardigd is. Behalve de in dit protocol genoemde zorgvuldigheidseisen moet, vanwege de aanwezige somatische ziekte, de huisarts en de behandelend somatisch specialist om een second opinion gevraagd worden. De wijze waarop dat dient te gebeuren, alsmede de vraag welke specialisten geraadpleegd dienen te worden, zal afhangen van de aard, het stadium, de behandel- en zorgmogelijkheden en de prognose van de somatische ziekte. Bestaande protocollen van de betreffende specialistenverenigingen dienen daarvoor te worden geraadpleegd.

toetsing en professionalisering

De afgelopen jaren zijn door verschillende organisaties en verenigingen standpunten verwoord over de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis.4-6 De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) beschouwt hulp bij zelfdoding of euthanasie als een medisch probleem omdat er een samenhang is met de legitieme doelstellingen van de geneeskunde.⁷ Bij de juridische beoordeling is doorslaggevend of gehandeld is conform wetenschappelijk verantwoord inzicht en naar de normen van de medische ethiek.

De richtlijnen van de NVvP geven de psychiater en zijn patiënt meer duidelijkheid over de mogelijkheden en onmogelijkheden van hulp bij zelfdoding en bieden kaders waarbinnen de psychiater zorgvuldig kan handelen. De richtlijnen zullen een rol gaan spelen in het oordeel van de, in het kader van de nieuwe procedure van 1 november 1998, nog in te stellen centrale toetsings- commissie voor meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding. In aansluiting op de richtlijnen is het van belang dat de beroepsgroep zorg draagt voor verdere professionalisering van het psychiatrisch handelen bij vragen om hulp bij zelfdoding. Daarbij valt te denken aan een verbetering van de beschikbare consultatiemogelijkheden en een voortdurende evaluatie van het psychiatrisch handelen bij vragen om hulp bij zelfdoding. Dat kan niet alleen leiden tot een verfijning van de richtlijnen voor dergelijke hulp, maar ook fungeren als aanwijzing voor verbeteringen in de geestelijke gezondheidszorg in die gevallen waarin langdurig onvoldoende zorg tot uitzichtloze situaties leidde.

abstract

Assistance at suicide of patients with a psychiatric disorder: guidelines for psychiatrists. – In September 1998, the Dutch Association of Psychiatry published guidelines for the psychiatrist concerning cases of psychiatric patients requesting assistance with suicide. Assistance with suicide is restricted to a psychiatrist in his role as a treating physician of a patient with a psychiatric disorder. Requests for assisted suicide should primarily be considered as requests for help with life. Individual psychiatrists have no moral or legal obligation to assist in suicide. The guidelines require that the request is voluntary, explicit and well considered, the desire for death long-lasting and the suffering unbearable and hopeless. In addition an independent psychiatrist should be consulted as well as former treating physicians, general practitioner, family members and other people involved. If a somatic specialist or a general practitioner is asked to assist in suicide consultation of two psychiatrists is required. The guidelines offer psychiatrists a framework for taking great care when their patients request assisted suicide and will certainly play a part in the legal control of assisted suicide.

literatuur

- 1 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 1998.
- 2 Groenewoud JH, Maas PJ van der, Wal G van der, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ, et al. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:2244-8.
- 3 Hengeveld MW, Klijn FAM, Casteelen G. Actieve levensbeëindiging in het ziekenhuis: de rol van de consultatieve psychiater. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1709-12.
- 4 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Mededelingen bestuur. Nieuws en Mededelingen 1992;86:2-3.
- 5 Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen KNMG. Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1997.
- 6 Griffiths J, Bood A, Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press; 1998.
- 7 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Inzake euthanasie: Standpunt Hoofdbestuur KNMG. Utrecht: KNMG; 1995.

Aanvaard op 17 februari 1999

samenvatting

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft in september 1998 richtlijnen voor de psychiater gepubliceerd aangaande het handelen bij vragen om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Tot de uitgangspunten van het NVvP-rapport behoort dat een verzoek om hulp bij zelfdoding in eerste instantie altijd beschouwd moet worden als een vraag om levenshulp en dat hulp bij zelfdoding beperkt dient te zijn tot de psychiater in zijn rol als behandelaar van patiënten met een psychiatrische stoornis. Op individuele psychiaters rust geen morele of juridische plicht om hulp bij zelfdoding te verlenen. De belangrijkste zorgvuldigheidseisen zijn: een vrijwillig en weloverwogen verzoek, een duurzaam verlangen naar de dood, en ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Bovendien dient consultatie door een onafhankelijk psychiater plaats te vinden en overleg met vorige behandelaren, huisarts, naasten en andere betrokkenen. Wanneer hulp bij zelfdoding wordt gevraagd aan een somatisch specialist of aan een huisarts dient consultatie door twee psychiaters plaats te vinden. De NVvP-richtlijnen ten aanzien van hulp bij zelfdoding bieden geen indicatie voor hulp bij zelfdoding, maar dienen wel als norm voor zorgvuldig medisch handelen. Ze zullen dan ook een rol spelen bij de beoordeling van de nog in te stellen centrale toetsingscommissie voor meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Ned Tijdschr Geneesk 1999 24 april;143(17) 909
Zie ook de artikelen op bl. 881 en 884.

Bijlage 6

[Antwoorden kamervragen Hertzberger]

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Ons kenmerk
3938533-1069416P-G

Bijlagen
1

Datum
23 juli 2024

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum 30 augustus 2024
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Hertzberger (Nieuw Sociaal Contract) over het interview met Hoogleraar Psychiatrie Damiaan Denys in NRC Handelsblad "De wens om niet te willen leven mag je niet gelijk stellen aan de wens om dood te zijn." (2024Z12151).

Hoogachtend,

de staatssecretaris Jeugd,
Preventie en Sport,

Vincent Karremans

Antwoorden op Kamervragen van het lid Hertzberger (Nieuw Sociaal Contract) over het interview met Hoogleraar Psychiatrie Damiaan Denys in NRC Handelsblad "De wens om niet te willen leven mag je niet gelijk stellen aan de wens om dood te zijn." (2024Z12151, ingezonden 23 juli 2024).

Vraag 1

Heeft u kennis genomen van het interview met hoogleraar psychiatrie Damiaan Denys in NRC Handelsblad van 19 juli 2024? 1)

Antwoord op vraag 1
Ja, daar heb ik kennis van genomen.

Om misverstanden te voorkomen acht ik het van belang hier kort in te gaan op enkele onjuistheden over de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) en de Nederlandse euthanasiepraktijk die in het interview naar voren kwamen en waar inmiddels ook door verschillende juristen in de media/op social media op is gewezen.

Allereerst is geen sprake van een 'verruiming van de euthanasiepraktijk naar psychisch lijden' aangezien de Hoge Raad al in 1994 oordeelde dat euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening mogelijk is mits daarbij extra behoedzaamheid wordt betracht (Chabot-arrest). De Wtl is dan ook niet alleen bedoeld voor mensen die lijden aan een levensbedreigende aandoening. De levensverwachting van de patiënt speelt geen rol. Ook is het niet zo dat er 'geen medische stoornis meer nodig is'. In 2002 besliste de Hoge Raad namelijk dat euthanasie slechts mogelijk is indien het uitzichtloos en ondraaglijk lijden in overwegende mate voortkomt uit medisch geclassificeerde somatische of psychische ziektes of aandoeningen (Brongersma-arrest). Genoemde arresten van de Hoge Raad bevatten normen die in aanvulling op de Wtl van belang blijven.

Vraag 2

Heeft u ook kennis genomen van de eerdere discussies binnen de psychiatrie over euthanasie zoals in opiniestukken van psychiaters Esther van Fenema (Uitzichtloosheid: een hellend vlak, Medisch Contact 10 januari 2024) 2), Sisco van Veen ("Eenzijdige berichtgeving brengt een goede psychiatrische euthanasiepraktijk verder weg") 3), VillaMedia 8 maart 2024) en Jim van Os ('Jongeren euthanasie aanbieden negeert hun psychisch lijden' Trouw 26 juni 2024) 4)?

Antwoord op vraag 2
Ja, ook van de eerdere discussies heb ik kennis genomen, waaronder de genoemde opiniestukken.

En ook hier acht ik het van belang te benadrukken dat geen sprake is van het oprekken van de euthanasiewet bij psychiatrisch lijden (zie ook het antwoord op vraag 1).

Vraag 3

Klopt het dat het aantal euthanasieverzoeken vanwege psychisch lijden in 2023 in vier jaar tijd meer dan verdubbelde 5)? In hoeverre droeg de leeftijdsgroep onder de 30 bij aan deze groei? Heeft u een vollediger beeld van deze cijfers uitgesplitst naar leeftijdsgroep, geslacht en jaar? Zo ja, kunt u die uitgesplitst aan uw antwoord toevoegen (mits dit onherleidbaar mogelijk is)?

Antwoord op vraag 3

Aangezien wordt verwezen naar het Jaarverslag 2023 van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE), ga ik er vanuit dat deze vraag ziet op het aantal euthanasiemeldingen vanwege psychisch lijden en niet op het aantal euthanasieverzoeken.¹

Zoals uit onderstaande tabel blijkt, is het aantal euthanasiemeldingen dat de RTE in de periode 2020-2023 heeft ontvangen en waarbij het euthanasieverzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis toegenomen. Hierbij was ook een toename te zien van euthanasiemeldingen van patiënten jonger dan 30 jaar. Het is zeer triest dat een toenemend aantal mensen voor hun psychisch lijden geen andere uitweg meer ziet dan euthanasie, met name als het nog jonge patiënten betreft die nog een heel leven voor zich hebben.

Jaar	Aantal door RTE ontvangen euthanasiemeldingen waarbij het verzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis	Jonger dan 30 jaar - leeftijd	Jonger dan 30 jaar - man	Jonger dan 30 jaar - vrouw
2020	88 - waarvan 5 patiënten jonger dan 30 jaar	27 jaar: 3 29 jaar: 2	2	3
2021	115 - waarvan 14 patiënten jonger dan 30 jaar	18 jaar: 2 21 jaar: 1 22 jaar: 1 23 jaar: 2 25 jaar: 2 27 jaar: 4 28 jaar: 2	2	12

2022	115 - waarvan 11 patiënten jonger dan 30 jaar	18 jaar: 1 20 jaar: 1 21 jaar: 2 25 jaar: 2 28 jaar: 1 29 jaar: 4	0	11
2023	138	16 jaar: 1 17 jaar: 1 21 jaar: 1 22 jaar: 1 24 jaar: 4 25 jaar: 2 26 jaar: 6 27 jaar: 2 28 jaar: 3 29 jaar: 1	5	7

Vraag 4

Bent u het ermee eens dat in bovenstaande opiniestukken het beeld naar voren komt dat een kleine groep psychiaters sneller en vaker bereid is tot het uitvoeren van euthanasie bij psychisch lijden en een grotere groep juist terughoudend is?

Antwoord op vraag 4

De meeste psychiaters ondersteunen het idee voor euthanasie bij psychisch lijden. Binnen de gehele beroepsgroep is echter sprake van terughoudendheid ten aanzien van euthanasieverzoeken op psychische grondslag. Dat psychiaters euthanasieverzoeken op basis van psychisch lijden als complex ervaren en het heel ingewikkeld vinden te bepalen wanneer genoeg is gedaan en het lijden uitzichtloos is geworden, is begrijpelijk. Bij dergelijke verzoeken staat zorgvuldigheid voorop. De wens kan immers onderdeel zijn van het ziektebeeld. In het veld wordt overigens gesignaleerd dat de bestaande terughoudendheid en handelingsverlegenheid onder psychiaters afneemt. Het beeld dat geregeld in de media naar voren komt, namelijk dat een kleine groep psychiaters sneller en vaker bereid is tot het uitvoeren van euthanasie bij psychisch lijden, ligt dan ook genuanceerder. Hoe de verhoudingen precies zijn, is niet bekend. Binnen de beroepsgroep vindt dialoog en

¹ Er zijn gegevens beschikbaar over het aantal euthanasiemeldingen die de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie jaarlijks ontvangen, maar er zijn geen jaarlijkse gegevens beschikbaar over het totaal aantal euthanasieverzoeken dat in Nederland gedaan wordt. Sinds 2005 zijn op basis van het vijfjaarlijkse Sterfgevallenonderzoek gegevens beschikbaar over het totaal aantal verzoeken om euthanasie dat voorafgaand aan het overlijden door patiënten is gedaan. Het gaat daarbij uitsluitend om uitdrukkelijke verzoeken van mensen die zijn overleden. Het Sterfgevallenonderzoek geeft geen inzicht in uitdrukkelijke verzoeken van mensen die niet zijn overleden, bijvoorbeeld omdat het verzoek niet is ingewilligd en zij niet ernstig ziek waren.

discussie plaats over het onderwerp. Onder andere door het landelijke expertisenetwerk ThaNet wordt gefaciliteerd dat kennis en expertise bij de zorgprofessionals binnen de geestelijke gezondheidszorg over mensen met een persisterende doodswens of euthanasieverzoek op psychische grondslag wordt vergroot.

Vraag 5

Weet u hoeveel steun bestaat voor het inwilligen van euthanasieverzoeken van jongere patiënten binnen de beroepsgroep? In hoeverre speelt "het persoonlijke idee over wat het leven zou moeten betekenen, over wat lijden mag zijn" (prof. Denys in bovengenoemd interview1) van psychiaters een rol in de beslissing om wel of niet tot euthanasie over te gaan?

Antwoord op vraag 5

Het is niet bekend hoeveel steun bestaat voor het inwilligen van euthanasieverzoeken van jongere patiënten binnen de beroepsgroep. Wel is uit het veld bekend dat betrokken zorgprofessionals dit een zeer complex onderwerp vinden en dat is heel begrijpelijk.

Iedere arts/psychiater in Nederland die geconfronteerd wordt met een euthanasieverzoek van een patiënt mag hierin een eigen afweging maken. Een arts/psychiater is nooit verplicht euthanasie te verlenen en mag bijvoorbeeld op grond van geloofsovertuiging, gewetens- of andere bezwaren besluiten om niet tot het verlenen van euthanasie bereid te zijn.

Het systeem van de Wtl en de daarin opgenomen zorgvuldigheidseisen is verder zo ingericht dat objectiveerbaar dient te zijn in hoeverre sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. De arts dient de overtuiging te hebben gekregen dat hiervan sprake is. Met dien verstande dat de ondraaglijkheid van het lijden sterk persoonsgebonden is en voor de arts invoelbaar en begrijpelijk dient te zijn. Daarnaast is het proces bij een euthanasieverzoek op basis van psychisch lijden met extra waarborgen omgeven, omdat altijd onafhankelijke psychiatrische expertise moet worden ingewonnen.

Vraag 6

Hoeveel psychiaters zijn momenteel bereid om euthanasie uit te voeren bij patiënten onder de dertig? Zijn er cijfers over hoe vaak dezelfde kleine groep psychiaters betrokken zijn als behandelaar of SCEN-arts bij euthanasie bij psychisch lijden van de patiëntengroep onder de dertig? Welke rol speelt de geringe bereidheid van psychiaters tot euthanasie bij de groeiende wachtlijsten?

Antwoord op vraag 6

Er zijn geen gegevens bekend over het aantal psychiaters dat bereid is om euthanasie uit te voeren bij patiënten onder de dertig.

Zoals in de tabel bij de beantwoording van vraag 3 is te zien, is in de periode van 2020 tot en met 2023 aan 52 patiënten jonger dan 30 jaar euthanasie verleend, waarbij het euthanasieverzoek voortkwam uit lijden dat het gevolg was van een psychische stoornis.

Bij deze 52 meldingen van euthanasie waren 29 uitvoerend artsen (zowel psychiaters als andere artsen), 43 SCEN-artsen (zowel psychiaters als andere artsen) en 32 onafhankelijk psychiaters betrokken.

Van de 29 uitvoerend artsen hebben 6 psychiaters in genoemde periode in totaal 29 maal euthanasie verleend aan patiënten jonger dan 30 jaar (variërend van 1 tot 12 maal); de overige 23 uitvoerend artsen hebben 1 maal euthanasie verleend.

Van de 43 SCEN-artsen is één SCEN-arts (tevens psychiater) in 3 meldingen geraadpleegd, 8 SCEN-artsen zijn in 2 meldingen geraadpleegd en de overige 34 SCEN-artsen zijn in 1 melding geraadpleegd.

Ook al is een beweging gaande in het veld, nog steeds worden, vanwege de bestaande terughoudendheid en handelingsverlegenheid onder psychiaters, veel patiënten doorverwezen naar Expertisecentrum Euthanasie (EE). Hierdoor is sprake van een wachttijd bij EE voor mensen met een psychische aandoening. De wachttijd varieert van enkele maanden tot, in enkele gevallen, drie jaar. Door persisterende doodswensen en euthanasieverzoeken binnen de ggz bespreekbaar te maken en te beoordelen, is de verwachting dat minder patiënten zich aanmelden bij EE en het knelpunt van de soms lange wachttijd verder zal afnemen. Overigens wijst de praktijk uit dat EE slechts 10 tot 15% van het totale aantal hulpvragen op basis van psychisch lijden uitvoert. Wat de hulpvragers met psychisch lijden jonger dan 30 jaar betreft stopt voor het overgrote deel van hen het traject al tijdens de onderzoeksfase. Deze hulpvragers trekken hun verzoek in, geven geen toestemming voor het opvragen van medische gegevens of zijn/gaan nog in behandeling, waardoor ze niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoen. Ook daarna kiezen er nog veel voor om zich terug te trekken uit het traject.

Vraag 7

Is er binnen de beroepsgroep consensus over de uitzichtloosheid van psychisch lijden en de consistentie van een euthanasiewens bij patiënten onder de dertig? Betekent het ontbreken van een redelijk behandelperspectief ook altijd dat de situatie uitzichtloos is? Bij welk percentage van deze groep patiënten verbetert de kwaliteit van leven op termijn en hoe klein moet dit percentage zijn om te kunnen spreken van uitzichtloosheid?

Antwoord op vraag 7

Zoals ik in antwoord op vraag 4 heb aangegeven, is euthanasie bij psychisch lijden complex en is binnen de gehele beroepsgroep sprake van terughoudendheid ten aanzien van euthanasieverzoeken op psychische grondslag. Het is aan iedere individuele psychiater om een eigen afweging te maken wanneer hij/zij geconfronteerd wordt met een euthanasieverzoek op basis van psychisch lijden in het algemeen en bij patiënten van onder de dertig in het bijzonder.

In de richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis (2018) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is aangegeven dat er zowel in de maatschappij als binnen de beroepsgroep consensus bestaat over het feit dat extra behoedzaamheid in acht moet worden genomen wanneer de grondslag van een verzoek primair gelegen is in een psychische stoornis. De richtlijn beoogt een actuele, zorgvuldige en bruikbare procedure te schetsen die aansluit bij de ethische normen die in de medische beroepsgroep en in de maatschappij bestaan en die implementeerbaar is in de hedendaagse praktijk.

In de richtlijn staat hoe ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij patiënten met een psychische stoornis en een verzoek om levensbeëindiging beoordeeld moeten worden. Daarbij is onder meer aangegeven dat bij patiënten met een psychische stoornis uitzichtloosheid sterk persoonsgebonden en individueel bepaald is en dat uitzichtloosheid verwijst naar de geobjectiveerde visie van de arts over de al dan niet resterende behandelopties bij deze specifieke patiënt. Volgens de richtlijn gaat het om een beoordeling door de arts van de individuele en persoonlijke situatie van deze unieke patiënt, niet om een algemeen oordeel over uitzichtloosheid gegeven de psychiatrische diagnose(n). Bij het vaststellen van de uitzichtloosheid is volgens de richtlijn het meewegen van de bevindingen van de second opinion van een onafhankelijk psychiater deskundige uiterst relevant.

In de richtlijn wordt geadviseerd grotere (maar niet per definitie absolute) terughoudendheid te betrachten naarmate de patiënt jonger is. De jongere leeftijd moet volgens de richtlijn in beschouwing genomen worden bij de beoordeling van een aantal aspecten van de zorgvuldigheidseisen die zien op de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek en het ontbreken van een redelijke andere oplossing.

Er zijn geen gegevens bekend over het percentage patiënten van deze groep bij wie de kwaliteit van leven op termijn verbetert.

Vraag 8

In hoeverre dragen de groeiende wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg en in de jeugdzorg en het gebrek aan passende zorg voor complexe jonge patiënten bij aan de groei van het aantal euthanasieverzoeken?

Antwoord op vraag 8

Wanneer jeugdigen en jongvolwassenen lang moeten wachten op, of zoeken naar passende hulp, kan het helaas zijn dat zij hoop verliezen. In hoeverre het moeten wachten op passende hulp leidt tot een groei in euthanasieverzoeken is niet bekend, er is geen onderzoek naar gedaan. Uit een recent onderzoek naar de aanvragen bij Expertisecentrum Euthanasie blijkt dat het merendeel van de cliënten die een aanvraag indienen, meer dan tien jaar psychiatrische behandeling heeft ontvangen. Op basis hiervan lijkt de beslissing om euthanasie aan te vragen meestal pas wordt genomen na een langdurige en intensieve behandelgeschiedenis. Een van de eisen die de Wtl stelt om voor euthanasie in aanmerking te komen is dat sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Van uitzichtloosheid is sprake wanneer curatieve of palliatieve behandelopties om de ondraaglijkheid van het lijden weg te nemen, ontbreken.

Om te zorgen dat jeugdigen en jongvolwassenen die vastlopen in de zorg betere en passende hulp ontvangen zijn er voor de jeugdzorg de Regionaal Expertteams en de Bovenregionale Expertisenetwerken opgezet. Onlangs is uw Kamer uitgebreid geïnformeerd over de voortgang hiervan. Voor de ggz zijn er in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken gemaakt met partijen over de cruciale GGZ. Uw Kamer is op 4 april jl. geïnformeerd over de voortgang op deze afspraken.

Vraag 9

Bent u het ermee eens dat de multidisciplinaire benadering zoals beschreven in de richtlijn "Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis" altijd dient plaats te vinden bij deze doelgroep 6)? In hoeverre wordt dit getoetst door de toetsingscommissie? Bent u het ermee eens dat in tegenstelling tot wat de richtlijn aangeeft bij jonge mensen altijd een psychiater geraadpleegd moet worden in plaats van "zo nodig"? Bent u het ermee eens dat bij jonge mensen de SCEN arts ook altijd een psychiater dient te zijn? Bent u het ermee eens dat de richtlijn levensbeëindiging bij patiënten met een psychische stoornis uit 2018 aangepast dient te worden voor jonge mensen en bent u bereid de beroepsgroep daar opdracht toe te geven?

Antwoord op vraag 9

De RTE toetst of de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd, heeft gehandeld overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen. In de door de RTE opgestelde EuthanasieCode 2022 geeft de RTE aan dat medisch-professionele richtlijnen van belang zijn bij het beoordelen van meldingen van euthanasie voor zover zij passen binnen het wettelijke kader. En dat standpunten en richtlijnen doorgaans behulpzaam zijn bij het interpreteren van de algemeen geformuleerde wettelijke zorgvuldigheidseisen.

Indien het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis wordt van de arts grote behoedzaamheid verwacht. De genoemde behoedzaamheid betreft vooral de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van zijn euthanasieverzoek, de uitzichtloosheid van het lijden en het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Bij de toets die de RTE aanlegt is een multidisciplinaire benadering geen vereiste in zichzelf. De arts moet goed motiveren hoe hij tot de overtuiging is gekomen dat sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van uitzichtloos en ondraaglijk lijden en van het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Het traject van een eventuele multidisciplinaire benadering en de resultaten daarvan kunnen mede invulling geven aan deze motivering.

Het uitgangspunt van de RTE is dat de arts bij patiënten bij wie het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychische stoornis altijd psychiatrische expertise moet inroepen. De RTE sluit hiermee aan bij de beroepsgroepen Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en NVvP. De RTE toetst of de arts een onafhankelijk psychiater heeft geraadpleegd en of deze heeft beoordeeld of de patiënt wilsbekwaam is ter zake van het verzoek, of het lijden uitzichtloos is en of redelijke alternatieven ontbreken. De arts kan volgens de RTE zelf beslissen of hij een onafhankelijk psychiater náást een (SCEN-)arts raadpleegt, of een (SCEN-)arts die tevens psychiater is.

In de NVvP richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis is de professionele standaard neergelegd voor levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Daarin is aangegeven hoe de extra behoedzaamheid betracht dient te worden bij een euthanasieverzoek van een patiënt met psychisch lijden. In de NVvP richtlijn wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende fasen (een verzoekfase, beoordelingsfase en consultatiefase) en vereist in alle gevallen de betrokkenheid van twee psychiaters. De RTE maakt geen indeling in fasen en vereist de raadpleging van één onafhankelijk psychiater. De RTE wijkt hiermee af van de criteria in de NVvP richtlijn.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt in haar toezicht de professionele normen aan. Wanneer de IGJ van de RTE een oordeel 'onzorgvuldig' in geval van psychisch lijden ontvangt, houdt zij bij het onderzoek naar de melding onder meer de NVvP-richtlijn aan. Ook het OM houdt deze richtlijn aan wanneer zij het een oordeel 'onzorgvuldig' van de RTE ontvangt in geval van psychisch lijden.

In de NVvP richtlijn wordt specifiek aandacht besteed aan jonge patiënten met een verzoek tot levensbeëindiging op basis van een psychische stoornis. Hierbij wordt geadviseerd grotere terughoudendheid te betrachten naarmate de patiënt jonger is en wordt tevens aangegeven dat de jongere leeftijd in beschouwing moet worden genomen bij de beoordeling van een aantal aspecten van de zorgvuldigheidseisen 'vrijwillig en weloverwogen verzoek' en 'geen redelijke andere oplossing'. Raadpleging van een gespecialiseerde (kinder- en jeugd-) psychiater voor de second opinion ten aanzien van de behandelopties bij een minderjarige van 12 jaar of ouder is volgens de richtlijn cruciaal.

Het is aan de beroepsgroep om te bepalen wat de professionele standaard is in geval van levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis en in hoeverre die standaard aangepast dient te worden in het licht van veranderend heersend medisch inzicht. De NVvP heeft aangegeven de richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis te gaan herzien. Het herzieningstraject start medio oktober.

Vraag 10

Volstaat de huidige inrichting van de euthanasiepraktijk met één behandelaar die één onafhankelijk SCEN-arts raadpleegt wanneer binnen de beroepsgroep maar een kleine minderheid bereid is tot euthanasie? Is het nodig om voor casussen waar geen consensus over bestaat en de behandelaar en SCEN-arts een minderheidsstandpunt innemen een bredere groep psychiaters te raadplegen over de vraag of aan alle zorgvuldigheidscriteria is voldaan? Wat vind u van het voorstel van professor Denys om in het geval van jongere patiënten "ter voorkoming van

een sterk sturende aanpak van de eigen behandelaar" (...) "het euthanasiebesluit over te laten aan een groep van behandelaars?" 1) of in de woorden van Esther van Fenema in bovengenoemd artikel uit Medisch Contact een 'beraadslagingscommissie' in het leven te roepen? 2)

Antwoord op vraag 10

Zoals in het antwoord op vraag 9 is aangegeven, is het aan de beroepsgroep om te bepalen wat de professionele standaard is in geval van levensbeëindiging op verzoek van patiënten met een psychische stoornis en in hoeverre die standaard aangepast dient te worden in het licht van veranderend heersend medisch inzicht.

Dat de Nederlandse euthanasiepraktijk zeer zorgvuldig is, getuige het zeer geringe aantal meldingen dat door de RTE als 'onzorgvuldig' wordt beoordeeld. In de periode 2002-2023 werden 138 meldingen als 'onzorgvuldig' beoordeeld op een totaal van 100.633 meldingen. Dertien meldingen hadden betrekking op patiënten met een psychische stoornis. Verder staat het iedere arts die voornemens is euthanasie te verlenen vrij om, naast de wettelijk verplichte raadpleging van ten minste één andere onafhankelijke arts (de reguliere SCEN-arts), aanvullende expertise in te roepen. In sommige gevallen, zoals in geval van een psychische stoornis, is dit ook vereist.

Vraag 11

Wat is er bekend over de rol van media-aandacht en het optreden van deze kleinere groep psychiaters die vaker bereid is tot euthanasie op het aantal patiënten dat een verzoek doet tot euthanasie? Herkent u het beeld, geschetst door Sisco van Veen in zijn opinieartikel 3), dat er vaak alleen aandacht wordt besteed aan het relatief kleine aandeel euthanasieverzoeken dat wordt ingewilligd en weinig aandacht wordt besteed aan de patiënten die hun verzoek intrekken, herstellen of simpelweg niet in aanmerking komen?

Antwoord op vraag 11

Expertisecentrum Euthanasie (EE) geeft in haar jaarverslag over 2023 aan dat EE na elk media-item een piek in het aantal aanmeldingen van jonge hulpvragers met psychisch lijden te zien is. Een gering aantal komt echter daadwerkelijk in aanmerking voor euthanasie.

Om de genuanceerdheid in het debat te vergroten, is het van groot belang dat er in de media in de volle breedte aandacht is voor euthanasie bij psychisch lijden.

Vraag 12

Herkent u het beeld dat eerder door psychiater Jim van Os werd geschetst dat het vaker uitvoeren van euthanasie bij psychisch lijden de pijn van het verder moeten leven bij psychiatrisch patiënten doet toenemen en de motivatie voor verandering doet afnemen 4)?

Antwoord op vraag 12

Hier is geen onderzoek naar gedaan dus of het beeld dat door psychiater Jim van Os wordt geschetst klopt, valt niet te zeggen. Het gesprek met patiënten met een psychiatrische aandoening over euthanasie is echter niet alleen een gesprek over de dood maar ook een gesprek over mogelijkheden om verder te kunnen leven en motivatie om tot verandering te komen binnen therapie. Een genuanceerde dialoog tussen zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen en naasten is hierbij nodig.

Vraag 13

Kunt u deze vragen los van elkaar beantwoorden?

Antwoord op vraag 13

Ja.

1) <https://www.nrc.nl/nieuws/2024/07/19/de-wens-om-niet-te-willen-leven-mag-je-niet-gelijk-stellen-aan-de-wens-om-dood-te-zijn-a4860058>

2) <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/column/zoeken-naar-gezamenlijkheid>

3) <https://www.villamedia.nl/artikel/opinie-eenzijdige-berichtgeving-brengt-een-goede-psychiatrische-euthanasiepraktijk-verder-weg>

4) <https://www.trouw.nl/opinie/opinie-psychiater-jim-van-os-jongeren-euthanasie-aanbieden-negeert-hun-psychisch-lijden~b9b08b16/>

5) <https://www.euthanasiecommissie.nl/actueel/nieuws/2024/04/04/jaarverslag-2023>

6) https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html

Zie verder: *Reformatisch Dagblad*, 'NSC plaatst vraagtekens bij euthanasie in psychiatrie', 3 september 2024. <https://archive.ph/3jh7Y>

Bijlage 7

[Antwoorden kamervragen Paulusma]

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Ons kenmerk
3939031-1069536P-G

Bijlagen
1

Datum
30 augustus 2024

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum 30 augustus 2024
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de minister van Justitie en Veiligheid, de antwoorden op de vragen van het lid Paulusma (D66) over het artikel "Psychiaters eisen strafrechtelijk onderzoek naar euthanasie van Milou (17)" (2024Z12208).

Hoogachtend,

de staatssecretaris Jeugd,
Preventie en Sport,

Vincent Karremans

Antwoorden op Kamervragen van het lid Paulusma (D66) over het artikel "Psychiaters eisen strafrechtelijk onderzoek naar euthanasie van Milou (17)" (2024Z12208, ingezonden 26 juli 2024).

Vraag 1

Bent u bekend met en kunt u een reactie geven op het artikel "Psychiaters eisen strafrechtelijk onderzoek naar euthanasie van Milou (17)" van woensdag 24 juli 2024? 1)

Antwoord op vraag 1

Ja.

Zoals in het artikel waarnaar u verwijst valt te lezen heeft een aantal psychiaters een brief gestuurd aan het Openbaar Ministerie (OM) waarin zij hun zorgen uiten over de strafrechtelijke handhaving bij euthanasie bij psychiatrische patiënten. Het OM heeft naar aanleiding van deze brief een kleine delegatie psychiaters uitgenodigd om de brief toe te lichten. Dit is een gebruikelijke werkwijze als een beroepsgroep zorgen heeft over de strafrechtelijke handhaving. Namens het OM is de psychiaters medegedeeld waarom er geen reden is om een verkennend strafrechtelijk onderzoek te starten in de door hen genoemde casus. Dit hangt samen met het wettelijk kader, dat aan de psychiaters is toegelicht en het volgende inhoudt.

Het strafrecht is met de inwerkingtreding van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) in 2002 op afstand gezet. Dit betekent dat strafrechtelijk onderzoek in de regel alleen aan de orde is als de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) heeft geoordeeld dat de arts zich bij euthanasie niet heeft gehouden aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. In de casus waarnaar in de brief wordt verwezen heeft de RTE geoordeeld dat conform de wettelijke zorgvuldigheidseisen is gehandeld. Het OM ziet geen reden om in dit geval een strafrechtelijk onderzoek te starten.

Vraag 2

Bent u van mening dat het een bijzondere gang van zaken is om te vragen om een strafvervolgning waar de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE) een zaak als zorgvuldig en volgens de wet- en regelgeving heeft beoordeeld?

Antwoord op vraag 2

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 1 is het strafrecht met de inwerkingtreding van de Wtl in 2002 op afstand gezet. Dit betekent dat strafrechtelijk onderzoek in de regel alleen aan de orde is als de RTE heeft geoordeeld dat de arts zich bij euthanasie niet heeft gehouden aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Dat neemt niet weg dat de wetgever bewust het vervolgingsmonopolie van het OM heeft willen behouden; dat wil zeggen dat de beslissing om al dan niet tot vervolging over te gaan, bij het OM berust. In de gevallen waarin de RTE heeft geoordeeld dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, zal het OM in beginsel afzien van vervolging, tenzij het gegronde aanleiding ziet om – in afwijking van het oordeel van de RTE – tot vervolging over te gaan. Tot dit laatste bestaat aanleiding, aldus de wetgever, "indien uit anderen hoofde [dan een RTE-oordeel 'onzorgvuldig'] een redelijk vermoeden van schuld rijst, bijvoorbeeld (...) omdat de gemeentelijke lijkschouwer aan de officier van justitie bij de melding van een niet-natuurlijke dood wijst op ernstige onregelmatigheden, of omdat er een aangifte van een derde is." Een dergelijke situatie, waarin het OM een strafrechtelijk onderzoek is gestart nadat de RTE het handelen als zorgvuldig heeft aangemerkt, heeft zich echter nog nooit voorgedaan.

Vraag 3

Hoe kijkt u naar deze brief en het mogelijk (emotionele) effect op de ouders van Milou en haar behandelend arts?

Antwoord op vraag 3

Ik vind het belangrijk dat er zowel binnen als buiten de beroepsgroep van psychiaters over een complex maatschappelijk onderwerp als euthanasie bij psychisch lijden een open en constructieve discussie gevoerd wordt. De brief aan het OM en de media-aandacht die daar vervolgens voor is geweest hebben helaas tot gevolg gehad dat de discussie over euthanasie bij psychisch lijden verder is gepolariseerd en verhard en leidt af van de bredere dialoog over dit onderwerp. De oproep van de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan haar leden om elkaar op te zoeken, in gesprek te gaan en dit ook via de vereniging te doen en het onderling debat als beroepsgroep niet via de media te voeren, vooral niet over specifieke casuïstiek, onderschrijf ik dan ook. Het is zeer begrijpelijk dat de brief en de discussie die daarover gevoerd is grote impact hebben gehad op de ouders van Milou en haar behandelend arts, zoals zij zelf ook in de media hebben laten weten.

Vraag 4

Bent u het eens dat deze berichtgeving de ervaren rechtszekerheid van artsen, met name in gevallen van euthanasiegevallen onder druk zet en daarmee handelingsverlegenheid kan ontstaan? Zo ja, wat gaat u eraan doen om dit tegen te gaan? Zo nee, waarom niet?

Antwoord op vraag 4

Uit de vierde wetsevaluatie van de Wtl blijkt dat 82% van de Nederlandse artsen bereid is om onder de huidige regulering euthanasie uit te voeren of hulp bij zelfdoding te verlenen. Angst voor toetsing en de consequenties daarvan blijkt slechts zelden een reden om een verzoek om levensbeëindiging te weigeren: 4% van de artsen gaf dit als reden aan om een verzoek om euthanasie te weigeren. Bovendien blijkt uit de vierde wetsevaluatie dat geen van de bevraagde artsen de procedure als incriminerend heeft ervaren. Volgens de onderzoekers die de vierde wetsevaluatie hebben uitgevoerd, lijken artsen daarmee over het algemeen voldoende rechtszekerheid te ervaren bij hun levensbeëindigend handelen op verzoek. Zoals aangegeven in de kabinetsreactie op het rapport van de vierde wetsevaluatie is aan de bevraagde artsen echter niet de expliciete vraag voorgelegd hoe de rechtszekerheid door hen wordt ervaren. Om hier beter zicht op te krijgen wordt bij het verstrekken van de opdracht voor het uitvoeren van de volgende evaluatie van de Wtl bekeken op welke wijze hier expliciet aandacht aan kan worden besteed.

Het is al langer een feit dat er sprake is van terughoudendheid en handelingsverlegenheid bij psychiaters om doodswensen/euthanasieverzoeken te onderzoeken, te beoordelen of eventueel om euthanasie te verlenen. Dat psychiaters euthanasieverzoeken op basis van psychisch lijden als complex ervaren en het heel ingewikkeld vinden te bepalen wanneer genoeg is gedaan en het lijden uitzichtloos is geworden, is begrijpelijk. Bij dergelijke verzoeken staat zorgvuldigheid voorop. De wens kan immers onderdeel zijn van het ziektebeeld. Om de terughoudendheid en handelingsverlegenheid terug te dringen is met subsidie van het ministerie van VWS het landelijke expertisenetwerk ThaNet opgericht met als doel om kennis en expertise te verspreiden onder psychiaters en andere zorgprofessionals binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz). In het veld wordt overigens gesignaleerd dat er inmiddels een afname is van de bestaande terughoudendheid en handelingsverlegenheid. Wat het effect is van de recente berichtgeving op de ervaren rechtszekerheid en handelingsverlegenheid van artsen is op dit moment niet duidelijk. Zowel de NVvP als ThaNet heeft aangegeven het belangrijk te vinden dat de dialoog over euthanasie bij psychisch lijden op constructieve wijze wordt gevoerd. ThaNet zal daarbij de ingeslagen weg continueren. Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 2 heeft zich nog nooit de situatie voorgedaan, waarin het OM een strafrechtelijk onderzoek is gestart nadat de RTE het handelen als zorgvuldig heeft aangemerkt. Dat is ook in de betreffende zaak niet het geval.

Vraag 5

Vindt u ook dat patiënten met een psychische aandoening niet zijn geholpen met een taboe op euthanasie in de psychiatrie? Welke plannen heeft u om dit taboe weg te nemen?

Antwoord op vraag 5

Patiënten met een psychische aandoening zijn inderdaad niet geholpen met een taboe op euthanasie in de psychiatrie. Zoals ik in het antwoord op vraag 4 heb aangegeven, richt ThaNet zich op het vergroten van kennis over en begrip voor euthanasie bij psychisch lijden. Daarnaast heeft het ministerie van VWS op 15 mei 2024 een brede bijeenkomst over euthanasie bij psychiatrie belegd waarbij relevante veldpartijen - ThaNet, Expertisecentrum Euthanasie, de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE), stichting Kea, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse ggz, de stichting In liefde laten gaan, 113 Zelfmoordpreventie en MIND - op constructieve wijze over dit onderwerp met elkaar in gesprek zijn gegaan. Aan deze bijeenkomst wordt in de komende maanden door betrokken partijen in verschillende 'tafelbijeenkomsten' verder opvolging gegeven. Daarnaast onderschrijf ik (zoals aangegeven in het antwoord op vraag 3) de oproep van de NVvP aan haar leden om elkaar op te zoeken en met elkaar in gesprek te gaan.

Vraag 6

Herkent u net als het expertisecentrum euthanasie (EE), dat op het moment dat euthanasie als optie bespreekbaar wordt gemaakt mensen met een psychische aandoening weer moed en vertrouwen krijgen in een behandeling en zij afzien van een euthanasieverzoek? Vindt u, net als uw voorganger, ook dat het daarom des te belangrijker is om euthanasie als optie bespreekbaar te maken? 2)

Antwoord op vraag 6.

Uit onderzoek blijkt inderdaad dat het voor mensen met psychisch lijden met een persisterende doodswens of euthanasiewens heel belangrijk is om serieus genomen te worden en hierover (vroegtijdig) in gesprek te kunnen. Gehoord en erkend worden in het lijden kan er inderdaad toe leiden dat mensen met een psychische aandoening weer moed en vertrouwen krijgen in een behandeling en afzien van een euthanasieverzoek. Ik ondersteun dan ook de activiteiten van het landelijke expertisenetwerk Thanet om de terughoudendheid en handelingsverlegenheid bij psychiaters en andere zorgprofessionals om over doodswensen/euthanasieverzoeken in gesprek te gaan, verder terug te dringen. Zorgvuldigheid staat daarbij voorop.

Vraag 7

Bent u van mening dat euthanasie net als andere zorg toegankelijk en beschikbaar moet zijn voor mensen en dat er geen onderscheid moet zijn tussen psychische en somatische klachten zoals de wet voorschrijft?

Antwoord op vraag 7

Ik ben van mening dat er passende zorg dient te zijn voor mensen met een psychische aandoening en een persisterende doodswens of verzoek tot euthanasie en dat bij een dergelijk euthanasieverzoek grote zorgvuldigheid in acht genomen dient te worden. Het is belangrijk dat mensen die in behandeling zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) met hun eigen behandelaar over hun doodswens of euthanasiewens in gesprek kunnen gaan. ThaNet beoogt de beschikbaarheid van passende zorg aan deze mensen te bevorderen. Tegelijkertijd wil ik benadrukken dat het verlenen van euthanasie bijzonder medisch handelen betreft. Euthanasie is geen recht van de patiënt noch een plicht voor de arts. In de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) wordt weliswaar geen onderscheid gemaakt tussen psychische en somatische klachten, echter bij patiënten met een psychiatrische aandoening dient op grond van een uitspraak van de Hoge Raad extra behoedzaamheid te worden betracht (Chabot-arrest).

Vraag 8

Kunt u aangeven op welke wijze u zich wil inzetten om kennis en expertise over euthanasie bij mensen met een psychische aandoening onder zorgprofessionals, waaronder psychiaters en huisartsen te bevorderen.

Antwoord op vraag 8

Door ThaNet wordt kennis en expertise over euthanasie bij mensen met een psychische aandoening bevorderd onder psychiaters en andere zorgprofessionals binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Hiertoe houdt ThaNet netwerkbijeenkomsten en wordt een (jaarlijks) symposium georganiseerd. Via de website van ThaNet wordt veel kennis en expertise gedeeld die voor alle geïnteresseerden (psychiaters, huisartsen, andere zorgprofessionals) beschikbaar is. Ook brengt ThaNet een nieuwsbrief uit en vindt er voorlichting en scholing plaats. Netwerkpartners van ThaNet zijn: Expertisecentrum Euthanasie (EE), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE), 113 Zelfmoordpreventie, De Nederlandse GGZ, MIND, SUPRANET GGZ en stichting KEA. Ook verschillende van deze netwerkpartners - zoals EE, NVvP, NVVE en stichting KEA - zetten zich actief in om kennis en expertise over euthanasie bij mensen met een psychische aandoening onder zorgprofessionals te bevorderen.

Zoals bij de beantwoording van vraag 5 is aangegeven, wordt er daarnaast in de komende maanden verder opvolging gegeven aan de brede bijeenkomst over euthanasie bij psychiatrie van 15 mei jl. Doel daarvan is de beweging die zichtbaar is in het ggz-veld verder te brengen opdat mensen met een persisterende doodswens of euthanasieverzoek vanwege een psychische aandoening gehoor vinden en tijdige en passende zorg krijgen.

Vraag 9

Hoe denkt u over het feit dat in een interview van 19 juli jl. in het NRC wordt gesteld dat het OM de zorgen van de afzenders van de brief deelt? 3)

Antwoord op vraag 9

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 1 heeft het OM naar aanleiding van deze brief een kleine delegatie psychiaters uitgenodigd om de brief toe te lichten. Dit is een gebruikelijke werkwijze als een beroepsgroep zorgen heeft over de strafrechtelijke handhaving. Namens het OM is de psychiaters medegedeeld waarom er geen reden is om een verkennend strafrechtelijk onderzoek te starten in de door hen genoemde casus.

Het OM heeft daarnaast meer in het algemeen het volgende meegegeven aan de psychiaters. Het vervolgingsbeleid in euthanasiezaken is vastgelegd in de Aanwijzing hulp bij zelfdoding en euthanasie. Daaruit volgt dat vervolging in beginsel alleen is aangewezen indien sprake is van een schending van de eisen die zijn neergelegd in artikel 2 lid 1 onder a en b Wtl (de eisen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en van uitzichtloos en ondraaglijk lijden). Bij de beoordeling van de vraag of een arts een strafrechtelijk verwijt kan worden gemaakt in het geval dat de RTE heeft geoordeeld dat een of meer zorgvuldigheidsnormen zijn geschonden, is de professionele standaard van belang. Die standaard – het heersend medisch inzicht – wordt gevormd door de medische beroepsgroep, in het geval van psychisch lijden door de richtlijn van de NVvP. Het heersend medisch inzicht over wilsbekwaamheid en uitzichtloos lijden bij patiënten met psychisch lijden, vormt voor het OM dus een belangrijk toetsingskader. Het OM heeft richting de psychiaters het belang benadrukt van consensus binnen de beroepsgroep over de invulling van deze twee zorgvuldigheidseisen. Daarbij heeft OM ook benadrukt dat het hierin geen leidende rol heeft.

Vraag 10

Bent u het eens dat een dergelijke uitspraak een negatief effect kan hebben op de ervaren rechtszekerheid onder zorgprofessionals die met euthanasie te maken hebben?

Antwoord op vraag 10

Zoals in het antwoord op vraag 4 is aangegeven, blijkt uit de vierde wetsevaluatie van de Wtl dat artsen over het algemeen voldoende rechtszekerheid lijken te ervaren bij hun levensbeëindigend handelen op verzoek. Wat het effect is van de recente berichtgeving op de ervaren rechtszekerheid en handelingsverlegenheid van artsen, is op dit moment niet duidelijk. Zoals aangegeven in de kabinetsreactie op het rapport van de vierde wetsevaluatie wordt bij het verstrekken van de opdracht voor het uitvoeren van de volgende evaluatie van de Wtl bekeken op welke wijze expliciet aandacht kan worden besteed aan de door artsen ervaren rechtszekerheid.

Vraag 11

Kunt u deze uitspraak ontkrachten? Zo nee, waarom niet?

Antwoord op vraag 11

Over de inhoud van het gesprek tussen het OM en de betreffende psychiaters verwijs ik u naar het antwoord op vraag 9.

1) Psychiaters eisen strafrechtelijk onderzoek naar euthanasie van Milou (17) | Trouw (woensdag 24 juli 2024)

2) Antwoord van Minister Dijkstra (Medische Zorg) (ontvangen 3 april 2024). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2023–2024, nr. 1209

3) Damiaan Denys: 'De wens om niet te willen leven mag je niet gelijkstellen aan de wens om dood te zijn' - NRC