

Visie van de groep Broeders van Liefde in België op euthanasie bij psychisch lijden in een niet-terminale situatie

Maart 2017

Deze tekst formuleert de visie van de groep Broeders van Liefde in België op euthanasie bij psychisch lijden van patiënten met een psychiatrische aandoening in een niet-terminale situatie. De tekst is gebaseerd op de voortschrijdende reflectie en op eerdere documenten over het onderwerp. Deze visie kan met de nodige wijzigingen ook toegepast worden in de sectoren ouderenzorg en welzijn. Eerst geven we de ethische visie, daarna een praktische uitwerking ervan in de tweetrajectenbegeleiding, de zorgvuldigheidsvereisten, en ten slotte de besluitvorming en toetsing.

1. ETHISCHE VISIE

A. Fundamentele waarden

Vanuit ethisch standpunt staan er bij euthanasie drie fundamentele waarden op het spel: de beschermwaardigheid van het leven, de autonomie van de patiënt en de zorgrelatie tussen zorgverleners en patiënt (Begeleidingscommissie ethiek, p. 1-2). We beschrijven deze drie waarden en duiden telkens ook de absolute en niet-absolute opvatting van deze waarden.

De **beschermwaardigheid van het leven** is de fundamentele waarde bij uitstek omdat het leven het fundament en de vóórwaarde is voor alle andere waarden. De beschermwaardigheid is gefundeerd in het leven zelf, en niet in de kwaliteiten ervan. De waarde van het leven wordt beschermd door fundamentele principes in de wetgeving, de mensenrechten, de levensbeschouwingen en religies. Sommigen vatten beschermwaardigheid als absoluut of onaantastbaar op zodat er geen uitzonderingen toegestaan worden; anderen zien dit als het fundament van het leven, maar laten toch een afweging met andere waarden toe.

Autonomie van de patiënt is de fundamentele waarde in de hedendaagse maatschappij: mensen mogen hun eigen keuzes maken voor zover ze anderen niet schaden. In de gezondheidszorg wordt de autonomie gegarandeerd door de wet patiëntenrechten. Sommigen vatten de autonomie absoluut en individualistisch op zodat de mens kan beschikken over het eigen leven en de eigen dood; anderen zien autonomie als een fundamentele waarde die tegenover andere waarden wordt afgewogen, rekening houdend met menselijke verbondenheid en verantwoordelijkheid.

De **zorgrelatie** is een fundamentele waarde in de zorgverlening zelf. Het is een vertrouwensrelatie waarin patiënt en zorgverleners, en, met toestemming van de patiënt, ook de naastbetrokkenen samenwerken aan de best mogelijke zorg voor de patiënt. Sommigen vatten de zorgrelatie absoluut op en willen vanuit die relatie blijvend zorg bieden; anderen zien de zorgrelatie als een fundamentele en verbindende waarde wanneer waarden in een concrete situatie afgewogen worden.

B. Spanningsveld van waarden

Wellicht is er grote eensgezindheid over het belang van deze waarden, maar minder over de afweging ervan. We willen denken en handelen vanuit een **relationele zorgethiek** op personalistische grondslag (Begeleidingscommissie ethiek, p. 1-2). Dit betekent dat we een waarde nooit zien als een absolute waarde die onvoorwaardelijk de prioriteit heeft op de andere waarden, maar als een fundamentele waarde die kan afgewogen worden tegenover de andere waarden in een personalistische mensvisie. Evenzeer vatten we waarden niet individualistisch op, maar relationeel, dus te realiseren in relatie tussen mensen.

Omdat menselijke situaties complex en ambigu zijn, kan geen enkele concrete keuze of handeling alle waarden volledig realiseren. De waarden komen onvermijdelijk in een spanningsveld met elkaar. Daarom streven we ernaar de waarden zoveel mogelijk te respecteren en te bevorderen, en zo weinig mogelijk te bedreigen of te schenden. We wegen de waarden af en zoeken naar een redelijke verhouding van waarden, het best menselijk mogelijke in een bepaalde situatie. Daarbij is een personalistische kernidee het **verbinden van waarden**: we leggen de nadruk op verbindende waarden als de zorgrelatie, die andere waarden met elkaar verbindt, maar die ook de betrokkenen met elkaar in verbinding en dialoog brengt.

Een eerste waarde is de **beschermwaardigheid van het leven**. Deze waarde staat voorop in de groep Broeders van Liefde. We vatten beschermwaardigheid op als een fundamentele waarde, als fundament van en voorwaarde voor alle andere waarden. Bovendien is deze waarde in de context van euthanasie bij psychisch lijden van levensbelang: de patiënt bevindt zich immers in een niet-terminale situatie, waarin de natuurlijke dood kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal intreden, terwijl euthanasie de dood rechtstreeks en onomkeerbaar veroorzaakt. Hoe fundamenteel de beschermwaardigheid ook is, ze is niet absoluut in de zin dat ze a priori, dus in alle situaties, prioritair is ten opzichte van de andere waarden. Daarom doen we alles wat redelijk mogelijk is om, ondanks alle lijden, te zoeken naar alternatieven voor euthanasie die voor de patiënt een zinvol levensperspectief zijn. Dit krijgt in de begeleiding gestalte in een eerste **traject van het levensperspectief**.

Tegelijk respecteren we de waarde van de **autonomie van de patiënt** ten volle door de wens om niet verder te leven met ondraaglijk en uitzichtloos lijden en het verzoek tot euthanasie ernstig te nemen. De patiënt is immers de eerst betrokkene. Bovendien kan een zorgvuldig begeleide euthanasie meer gewelddadige vormen van zelfdoding voorkomen. We vatten autonomie echter niet absoluut en individualistisch op, maar fundamenteel en relationeel. Er is dus dialoog met andere betrokkenen en begeleiding van de patiënt nodig om de onderliggende vragen te verhelderen en de situatie van de patiënt te toetsen aan de voorwaarden van de wet. Dit leidt in de begeleiding tot een tweede **traject van het euthanasieverzoek**.

Het verbinden van de beschermwaardigheid van het leven en het respect voor de autonomie gebeurt vanuit de verbindende waarde van de **zorgrelatie** met de patiënt. We bouwen een vertrouwensrelatie op waarin we de begeleiding zoveel mogelijk bespreken in dialoog met de patiënt en de naastbetrokkenen. Ook deze waarde is niet absoluut, maar fundamenteel. We hoeven de dialoog en de begeleiding niet eindeloos te gaan, want soms is het beter dat anderen de zorgrelatie met een nieuwe aanpak overnemen. Als leidraad voor de begeleiding in de zorgrelatie willen we **zorgvuldigheidsvereisten** formuleren en toepassen. Deze sluiten aan de bij de wettelijke voorwaarden, maar concretiseren die voor de specifieke situatie van het psychisch lijden van patiënten in een niet-terminale situatie. De zorgvuldigheidsvereisten zijn zowel inhoudelijk als vormelijk, en hebben betrekking op beide trajecten van het levensperspectief en van het euthanasieverzoek.

2. TWEETRAJECTENBEGELEIDING

De fundamentele ethische visie krijgt gestalte in een tweetrajectenbegeleiding: het traject van de beschermwaardigheid van het leven en het bieden van levensperspectief, en het traject van de autonomie van de patiënt en het respecteren van het verzoek tot euthanasie (Raad van bestuur, p. 3; Metaforum, p. 49). Omdat de waarde van de beschermwaardigheid zo fundamenteel is, staat het traject van het levensperspectief voorop in de groep Broeders van Liefde. Hoe essentieel het zoeken naar levensperspectief ook is, het is niet absoluut in de zin dat men het verzoek tot euthanasie niet ten volle ernstig zou moeten nemen. De twee trajecten van levensperspectief en euthanasieverzoek blijven met elkaar verbonden door de zorgrelatie, en dus door dialoog. Het zijn **twee trajecten van dezelfde begeleiding**.

Zorgverleners kunnen op **verschillende wijzen** omgaan met deze twee trajecten. Sommige zorgverleners vinden dat ze het bieden van levensperspectief en het opvolgen van het

euthanasieverzoek niet kunnen combineren omdat beide trajecten verschillende doeleinden hebben. Ze kiezen ervoor om de twee trajecten aan verschillende zorgverleners toe te vertrouwen, of om het traject van het euthanasieverzoek toe te kennen aan zorgverleners buiten de groep Broeders van Liefde. Andere zorgverleners vinden het wel mogelijk om beide trajecten te combineren en op bepaalde momenten en in bepaalde posities meer de klemtoon leggen op het levensperspectief of op het euthanasieverzoek. In elk geval is het essentieel dat - wanneer de patiënt een euthanasieverzoek formuleert - beide trajecten aangeboden worden en dat zorgverleners met de patiënt, met elkaar en met andere betrokkenen over beide trajecten in gesprek blijven gaan. Beide trajecten behoren tot de begeleiding van de patiënt.

A. Het traject van het levensperspectief

De begeleiding wint aan geloofwaardigheid als er ook degelijke **alternatieven** voor euthanasie geboden worden die een levensperspectief aan de patiënt geven (Raad van bestuur, p. 2-3).

Een eerste alternatief is het verder uitbouwen en verbeteren van de **bestaande behandeling** die reeds wordt aangeboden vanuit een biologische, psychologische, sociale en existentiële benadering. Wat kan bijvoorbeeld bijgestuurd worden aan de medicatie, de therapieën of zinvolle dagbesteding?

Een tweede mogelijkheid is het verder uitbouwen van **herstel en psychiatrische rehabilitatie**. Wat kan vanuit een herstelvisie gedaan worden om de autonomie en de participatie van mensen met ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden toch te verhogen en hun kwaliteit van leven te verbeteren?

Een derde mogelijkheid is het uitbouwen van **psychiatrische palliatie**. Hoe kan palliatieve zorg die gericht is op het verlichten van het lijden en van andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard, betekenisvol zijn voor patiënten die psychisch lijden in een niet-terminale situatie?

Een vierde mogelijkheid is het verder uitbouwen van **begeleiding van zinbeleving**. Het verzoek om euthanasie heeft te maken met de zin van leven dat men leidt. Door mensen die hiervoor open staan op een intensieve manier te begeleiden in het werken met hun eigen levensverhaal, daarin bronnen van zinbeleving te zoeken en van daaruit een doel en project voor hun leven te ontwerpen, kunnen ze er in slagen zin in hun leven te vinden. Dit is een taak voor alle zorgverleners en niet enkel voor pastores.

Deze alternatieven zijn geen nieuwe vormen van zorg, maar bestaande elementen van goede zorg die de zorgverleners opnieuw evalueren, bijsturen en met grotere intensiteit aanbieden. Voorwaarde is wel dat de patiënt toestemt. Bovendien is het belangrijk de naastbetrokkenen zoveel mogelijk bij deze zorg te betrekken. Deze elementen van goede zorg hebben ook een preventief karakter.

B. Het traject van het euthanasieverzoek

Het tweede traject in de begeleiding neemt het verzoek tot euthanasie ernstig door de vraag te verhelderen en te toetsen aan de **wettelijke voorwaarden**.

Deze verheldering en toetsing zijn cruciaal en gebeurt aan de hand van specifieke **zorgvuldigheidsvereisten** (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 29-51; Centrale supportgroep, p. 4-19). De achterliggende idee is dat de wet op de eerste plaats geschreven is voor fysiek lijden in een terminale situatie. De twee bijkomende voorwaarden voor een niet-terminale situatie, met name de consultatie van een derde arts en een wachttijd van één maand, schieten tekort voor de complexe situatie van euthanasie bij patiënten omwille van psychisch lijden. Daarom vullen we de voorwaarden van de wet aan met bijkomende zorgvuldigheidsvereisten voor psychisch lijden in een niet-terminale situatie. We formuleren de zorgvuldigheidsvereisten in een afzonderlijk deel omdat ze niet uitsluitend betrekking hebben op het traject van het verzoek tot euthanasie, maar ook op het traject van het levensperspectief.

Het toepassen van bijkomende zorgvuldigheidsvereisten is **conform de wet** die bepaalt dat de wettelijke voorwaarden dienen nageleefd te worden "onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden" (Wet euthanasie, art. 4, par. 2).

C. Ondersteuning van zorgverleners

Er zijn verschillende mogelijkheden om de zorgverleners in de tweetrajectenbegeleiding te ondersteunen (Raad van bestuur, p. 3-4). Een eerste initiatief is de **Centrale Supportgroep LevensEinde**. Deze groep werkt voor de Vlaamse psychiatrische centra in de groep Broeders van Liefde, is interdisciplinair samengesteld en doet een beroep op externe experts. Een behandelend arts en team van een voorziening kan de Centrale Supportgroep om advies vragen mits de betrokken patiënt daartoe toestemming geeft. Het advies heeft betrekking op beide trajecten van de begeleiding en heeft een onafhankelijk en objectief karakter omdat het gegeven wordt door een instantie die extern is aan de voorziening. De arts en het team behouden hun autonomie in de begeleiding van de patiënt. Als richtlijn voor de begeleiding heeft de Centrale Supportgroep zorgvuldigheidsvereisten uitgewerkt.

Een tweede initiatief is de **Lokale Supportgroepen LevensEinde**. Deze groepen werken voor één voorziening of enkele voorzieningen uit dezelfde omgeving, zijn interdisciplinair samengesteld en kunnen een beroep doen op externen. Een behandelend arts en team kunnen de Lokale Supportgroep om advies en ondersteuning vragen, en de betrokken patiënt geeft daartoe toestemming. Het advies heeft betrekking op beide trajecten van de begeleiding. De Lokale Supportgroep kan ook praktische ondersteuning bieden. De arts en het team behouden hun autonomie in de begeleiding van de patiënt.

Een derde mogelijkheid is het beroep doen op **LEIF-artsen** (LevensEinde Informatie Forum). Dit is het meest aan de orde als het verzoek van de patiënt om euthanasie aanhoudt, de alternatieven voor euthanasie geen levensperspectief bieden, en de uitvoering van euthanasie overwogen wordt. Dan kunnen de arts en het team, rekening houdend met de eventuele adviezen van de Centrale en/of Lokale Supportgroep, een beroep doen op een LEIF-arts uit de omgeving. Deze arts kan verder advies geven en ondersteuning bieden bij de uitvoering van euthanasie.

3. ZORGVULDIGHEIDSVEREISTEN

Om het traject van het levensperspectief en het traject van het euthanasieverzoek concreet te maken, hebben we zorgvuldigheidsvereisten opgesteld. Het toepassen van deze zorgvuldigheid geeft de zorgverleners een concreet houvast voor beide trajecten van de begeleiding. Er zijn zowel inhoudelijke als vormelijke vereisten. Ze sluiten aan bij de wettelijke voorwaarden, maar specificeren en concretiseren ze voor het psychisch lijden van patiënten met een psychiatrische aandoening in een niet-terminale situatie.

A. Inhoudelijke zorgvuldigheidsvereisten

We stellen drie inhoudelijke zorgvuldigheidsvereisten voor die aansluiten bij de wettelijke voorwaarden. We vragen aan artsen en zorgverleners ze toe te passen om zo de grootst mogelijke zorgvuldigheid te bereiken. De eerste twee concretiseren het traject van het verzoek tot euthanasie, de derde het traject van het levensperspectief.

1. Wilsbekwaam verzoek

De eerste zorgvuldigheidsvereiste betreft het wilsbekwaam verzoek: vrijwillig en overwogen, herhaald en duurzaam. Deze vereiste verwijst naar de wet die stelt dat de “patiënt een handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, [...] is en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek” (Wet euthanasie, art. 3, par. 1). Verder stelt de wet dat “het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk” en dat de arts zich moet verzekeren van “het duurzaam karakter” van het verzoek (Wet euthanasie, art. 3, par. 1-2). De zorgvuldigheidsvereiste dat het verzoek vrijwillig, overwogen, herhaald en duurzaam is, betekent dat de patiënt voldoende wilsbekwaam is voor deze beslissing.

Vrijwilligheid impliceert dat de patiënt onafhankelijk van dwingende invloeden van anderen tot dit verzoek gekomen is (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 30). Patiënten zijn immers vaak afhankelijk van anderen en kunnen zich door druk of door een gevoel van schuld of last gedwongen voelen om euthanasie te vragen.

De **overwogenheid** betekent dat de patiënt bij zijn of haar verzoek onafhankelijk is van dwingende invloeden van binnenuit, die pathologisch van aard kunnen zijn (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 30-33). Daartoe zijn er twee criteria. Ten eerste maakt de patiënt **een duidelijke keuze** om niet verder te leven met ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en dus voor de dood. De keuze is echter meestal ambivalent en daarom is een verheldering van de betekenissen en boodschappen van het euthanasieverzoek noodzakelijk. Ten tweede maakt de patiënt een **proces van afweging** tussen kiezen voor verder leven met blijvende beperkingen en kiezen om niet verder te leven. Daartoe begrijpt de patiënt de informatie over zijn of haar situatie en vooruitzichten, en heeft de patiënt voldoende ziektebesef en zelfkennis. De patiënt beargumenteert de keuze om niet verder te leven binnen zijn of haar intellectuele mogelijkheden.

Ten derde is het verzoek van de patiënt **herhaald en duurzaam** (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 33-34). Het **duurzaam verlangen** om niet verder te leven blijkt uit hoe dit verlangen ontstaan is en zich in de loop van de tijd ontwikkelt. Een periode van minimaal enkele maanden van weloverwogen en herhaald verzoek is noodzakelijk.

2. Medisch uitzichtloze toestand

De volgende zorgvuldigheidsvereiste gaat over de medisch uitzichtloze toestand. Dit sluit aan bij de wet die bepaalt dat de “patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van ondraaglijk en uitzichtloos fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening” (Wet euthanasie, art. 3, par. 1). De zorgvuldigheidsvereiste specificeert de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden, en de medische oorsprong ervan.

De **ondraaglijkheid** is de subjectieve ervaring dat het lijden niet vol te houden is (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 34-35). Toch zijn er elementen om dit te evalueren. Het inschatten van het ondraaglijk karakter hangt af van de invoelbaarheid van het lijden en van de verhouding tussen draagkracht en draaglast. Het aanhoudend karakter is afhankelijk van het ontstaan en het verloop en van de duurzaamheid van het lijden.

De **uitzichtloosheid** betekent dat er geen mogelijkheden zijn om het lijden te lenigen en de psychiatrische stoornis dus onbehandelbaar is (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 35-36). Theoretisch gezien kan nooit gesteld worden dat de stoornis in de toekomst onbehandelbaar is of dat de gezondheidstoestand en het welbevinden van de patiënt in de toekomst niet zal verbeteren. Het is immers steeds mogelijk dat er nieuwe behandelingsmogelijkheden gevonden zullen worden of dat er spontaan herstel zal optreden. Praktisch gezien kunnen de zorgverleners de realisatie van deze mogelijkheden in de toekomst niet garanderen, terwijl het ondraaglijk lijden ondertussen voor de patiënt verder blijft duren. Daarom is het beter te spreken van ‘**geen redelijk behandelperspectief**’ dan van onbehandelbaarheid, zie de derde inhoudelijke zorgvuldigheidsvereiste.

Ten derde is er de **medische oorsprong** van het lijden. Het is het gevolg van een ernstige en ongeneeslijke aandoening. Deze aandoening is dus medisch te diagnosticeren, wordt beschouwd als ernstig en ongeneeslijk, en is het gevolg van een ziekte of een ongeval.

3. Geen redelijke andere oplossing

De derde zorgvuldigheidsvereiste handelt over het levensperspectief en stelt dat euthanasie alleen verantwoord is als er geen redelijke andere oplossing is. Dit verwijst naar de volgende bepaling van de wet: de arts “moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid” (Wet euthanasie, art. 3, par. 2). Dit impliceert dat er geen redelijk behandelperspectief meer is.

Een dergelijk **redelijk behandelperspectief** moet voldoen aan drie voorwaarden (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 37-39). Ten eerste brengt de **adequate behandeling zicht op verbetering**. Onder adequate behandeling verstaan we dat alle biologische en psychologische behandelingen, alle sociale interventies en begeleiding van zinbeleving die aangewezen zijn voor de problematiek van de patiënt, werkelijk toegepast zijn. Ten tweede moet er zicht op verbetering zijn **binnen een overzienbare termijn**. Daarbij wordt rekening gehouden met de duur van de voorafgaande behandeling en van de voorgestelde behandeling. Ten derde moet er een **redelijke verhouding zijn tussen de resultaten en de belasting**. Het gaat om de verhouding tussen de omvang en kans van de te verwachten resultaten enerzijds en de belasting en neveneffecten van de behandeling voor de patiënt anderzijds. De inschatting van deze voorwaarden mag niet leiden tot therapeutische verbetering. Deze zorgvuldigheidsvereiste is uiterst belangrijk omdat ze de band maakt met het eerste traject van het levensperspectief voor de patiënt.

Vervolgens is het noodzakelijk dat de patiënt **toestemming** voor de behandeling geeft, bereid is en het zinvol vindt om mee te werken aan die behandeling (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 39-40). Als de patiënt toestemming weigert, wordt dit beoordeeld vanuit de redelijkheid van het behandelperspectief. Er kan van uitzichtloosheid geen sprake zijn als de patiënt een redelijk behandelperspectief weigert. Bij de weigering van een redelijk behandelperspectief kan geen euthanasie uitgevoerd worden.

Ten slotte kunnen **overdracht en tegenoverdracht** een rol spelen bij de beoordeling (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 40-41). Onmisbaar is het alert zijn voor en bespreekbaar maken van tegenoverdrachtsgevoelens, zoals gevoelens van angst of machteloosheid, of reddersfantasieën.

B. Vormelijke zorgvuldigheidsvereisten

De vormelijke zorgvuldigheidsvereisten sluiten aan bij de vormelijke voorwaarden van de wet, maar specificeren en concretiseren ze voor het psychisch lijden van patiënten in een niet-terminale situatie.

1. Overleg met patiënt

De eerste vormelijke zorgvuldigheidsvereiste is het overleg met de patiënt. Dit verwijst naar de wet die stelt dat de arts de volgende opdracht heeft: “de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken” (Wet euthanasie, art. 3, par. 2). In het geval van euthanasie in een niet-terminale situatie is er nog een bijkomende wettelijke vereiste: “minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie” (Wet euthanasie, art. 3, par. 3).

Het gaat hier over het inlichten van de patiënt over zijn of haar situatie, vooruitzichten en mogelijke behandelingen (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 36). Om dit proces van overleg ernstig te nemen, zijn voldoende **frequente en intensieve overlegmomenten** nodig. De arts heeft aandacht voor de cognitieve en emotionele verwerking van de informatie door de patiënt. Ook een voldoende lange periode van overleg is. Bij euthanasie in een niet-terminale situatie is één maand te beperkt, en is een periode van **minstens zes maanden** feitelijk noodzakelijk.

2. Consult van artsen

De tweede zorgvuldigheidsvereiste betreft de consultatie van twee artsen. Het wettelijk voorschrift is “een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging” (Wet euthanasie, art. 3, par.

2). In geval van een niet terminale situatie, moet de arts “een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie”. De taken van de derde arts zijn dezelfde als bij de eerste geraadpleegde arts, behalve dat die arts zich bovendien moet vergewissen “van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek” en die arts ook onafhankelijk moet zijn “ten opzichte van de eerste geraadpleegde arts” (Wet euthanasie, art. 3, par. 3).

De voormelijke zorgvuldigheidsvereiste houdt in dat de drie artsen de patiënt onderzoeken en elk afzonderlijk de **drie inhoudelijke zorgvuldigheidsvereisten** toetsen: het wilsbekwame verzoek, de medisch uitzichtloze toestand en de overtuiging dat er geen redelijke andere oplossing is. Bovendien is het essentieel dat de drie artsen mondeling met elkaar overleggen en streven naar een **consensus** in hun beoordeling van de drie inhoudelijke zorgvuldigheidsvereisten. Niet in het minst moeten de geconsulteerde artsen **onafhankelijk** zijn ten opzichte van de patiënt en de behandelende arts. Dit betekent dat de geconsulteerde artsen niet bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn en niet in dezelfde voorziening van de behandelende arts werken (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 41-45).

3. Overleg in interdisciplinair team

De volgende zorgvuldigheidvereiste gaat over het overleg in het interdisciplinair team. De wet geeft de volgende taak aan de arts: “indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt bespreken met het team of leden van dat team” (Wet euthanasie, art. 3, par. 2).

De zorgvuldigheidvereiste stelt dat dit overleg niet vrijblijvend maar noodzakelijk is en dat het verplegend team verruimd wordt tot het interdisciplinair team. Om dit overleg ernstig te nemen zijn voldoende **frequente en intensieve overlegmomenten** nodig. Daarin streven de arts en het interdisciplinair team naar een **consensus** in hun beoordeling van de drie inhoudelijke zorgvuldigheidsvereisten. Met toestemming van de patiënt kan de arts ook vorige zorgverleners en de huisarts consulteren (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 46).

4. Overleg met familie en naasten

De vierde zorgvuldigheidvereiste is het overleg met familie en naasten die de patiënt aanwijst. De wet geeft aan de arts de volgende taak: “indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst; zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten” (Wet euthanasie, art. 6, par. 2).

Het overleg met familie en naasten is een belangrijke zorgvuldigheidvereiste. Zij zijn immers de **naastbetrokkenen** van de patiënt. Overleg met hen is voor de arts en de zorgverleners essentieel. De arts licht hen in over het traject van het levensperspectief en het euthanasieverzoek, terwijl zij zelf bijkomende informatie kunnen geven en zich kunnen voorbereiden op de rouwverwerking bij euthanasie. Als de patiënt geen overleg wil, zoeken de zorgverleners naar de achterliggende motieven en proberen deze te verhelderen. (Ned. Ver. Psychiatrie, p. 46-47).

5. Advies van supportgroep

De laatste zorgvuldigheidvereiste is specifiek voor de groep Broeders van Liefde en houdt in dat de arts een **advies aan de Centrale of de Lokale Supportgroep Levenseinde** vraagt. Dit advies is richtinggevend maar niet bindend voor de behandelende arts.

4. BESLUITVORMING EN VOORAFGAANDE TOETSING

A. Gewetensbeslissing van de arts

Wanneer de arts tijdens het proces van toetsing van euthanasie aan de wettelijke voorwaarden en de specifieke zorgvuldigheidvereisten tot de overtuiging komt dat deze voorwaarden en vereisten effectief vervuld zijn, komt hij of zij voor de beslissing te staan om zelf al dan niet euthanasie uit te

voeren. Op basis van zijn of haar **gewetensoordeel** heeft de arts de volle vrijheid om te beslissen om al dan niet euthanasie uit te voeren. De wet garandeert immers de gewetensvrijheid van de arts. De wet waarborgt evenzeer de gewetensvrijheid van andere zorgverleners die gevraagd kunnen worden om aan euthanasie mee te werken. De wet stelt expliciet: “Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen. Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie” (Wet euthanasie, art. 14).

Als de arts omwille van gewetensbezwaren geen euthanasie wil uitvoeren, is het belangrijk dat hij of zij dit **tijdig en expliciet meedeelt** aan de patiënt zodat er wederzijds geen onterechte verwachtingen ontstaan. Dan verwijst de arts de patiënt tijdig door naar een collega die ook werkzaam is in de voorziening of naar een andere arts die niet verbonden is aan de groep Broeders van Liefde.

B. Bijkomend aandachtspunt bij euthanasie in residentiële context

De arts en de patiënt bepalen samen welke de **meest aangewezen plaats** is voor de uitvoering van euthanasie. Ze doen dit best in overleg met de familie en naasten, en met het interdisciplinaire team. In de overweging of de voorziening de meest aangewezen plaats is, houden ze rekening met de beleving en de leefwereld van de medepatiënten.

Een voorziening voor geestelijke gezondheidszorg is immers ook een leef- en woongemeenschap. Het uitvoeren van euthanasie kan een traumatiserende invloed hebben op andere patiënten. Daarom is het noodzakelijk dat de arts en het team van zorgverleners zoeken naar een **handelswijze die een traumatiserend impact op de medepatiënten zoveel mogelijk voorkomt en beperkt**, zowel bij de voorbereiding en de uitvoering van euthanasie als bij de nazorg

C. Voorafgaande toetsing

Wanneer euthanasie uitgevoerd wordt in de voorziening van de Broeders van Liefde, is een voorafgaande toetsing van de zorgvuldigheidsvereisten noodzakelijk. De reden hiervoor is dat we enerzijds de therapeutische vrijheid van de arts willen respecteren, maar anderzijds ook met de **grootst mogelijke behoedzaamheid** willen omgaan met de uitvoering van euthanasie in een voorziening van de Broeders van Liefde. De verbinding tussen de therapeutische vrijheid en de grootste behoedzaamheid maken we door een voorafgaande toetsing. De wet voorziet nu alleen een toetsing na de uitvoering van euthanasie: “De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument bedoeld in artikel 7 van deze wet aan de in artikel 6 bedoelde federale controle- en evaluatiecommissie” (Wet euthanasie, art. 5). Deze toetsing is zeer formeel en gebeurt nadat euthanasie is uitgevoerd. De grootste behoedzaamheid kan enkel gerealiseerd worden door een voorafgaande toetsing.

Deze voorafgaande toetsing gebeurt allereerst door de behandelende arts zelf. We vragen aan de arts om een **schriftelijke en omstandige motivering** van de beslissing over de uitvoering van euthanasie te formuleren, met daarin de motivering van vier elementen: (1) de wettelijke voorwaarden, (2) de specifieke zorgvuldigheidsvereisten, (3) de beslissing om zelf euthanasie uit te voeren of te laten uitvoeren in de voorziening en (4) het bijkomende aandachtspunt bij de uitvoering van euthanasie in een residentiële context. Deze motivering is op de eerste plaats bedoeld als een persoonlijke reflectie en verantwoording van de arts.

Het schriftelijk karakter maakt deze motivering ook toetsbaar door anderen. We vragen daarom dat de arts de schriftelijke motivering bezorgt aan de hoofdarts die de wettelijke verplichting heeft om de zorgvuldigheid van het medisch handelen in de voorziening te toetsen. De hoofdarts roept een **evaluatiecommissie** bijeen. Deze commissie is interdisciplinair samengesteld met een werkbaar aantal mensen. Ze bestaat uit drie geledingen. De eerste geleding zijn medewerkers uit de betrokken voorziening: de behandelende arts, de hoofdarts, en twee andere medewerkers waarvan minstens één niet-arts. Een tweede geleding bestaat uit minstens twee medewerkers van de groep Broeders van Liefde die expertise hebben in deze materie en niet tewerkgesteld zijn in de betrokken voorziening. De derde geleding bestaat uit minstens twee mensen van buiten de groep Broeders van

Liefde die expert zijn in deze materie. De hoofdarts van de voorziening coördineert de evaluatiecommissie.

Indien deze evaluatiecommissie oordeelt dat er **voldoende zorgvuldigheid** in acht werd genomen bij de motivering van de vier bovengenoemde elementen, kan de behandelende arts, in overleg met de patiënt, familie, naasten en team, de euthanasie uitvoeren of laten uitvoeren op de meest aangewezen en passende plaats. Indien de commissie oordeelt dat onvoldoende zorgvuldigheid in acht werd genomen, wordt met aandrang aan de arts gevraagd om af te zien van de uitvoering van euthanasie. Niettemin behoudt de arts zijn of haar therapeutische vrijheid.

BRONNEN

Deze synthese is gebaseerd op de voortschrijdende reflectie en op eerdere documenten over het onderwerp in de groep Broeders van Liefde, waarvan de onderstaande nota's de belangrijkste zijn:

- Begeleidingscommissie ethiek GGZ Broeders van Liefde, *Begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek tot euthanasie in een niet-terminale situatie*, 2006, zie: <http://www.fracarita.org/document/ethiek/Ethisch%20advies%20GGZ%20-%20%20Euthanasie%20060111.pdf>
- Raad van Bestuur vzw Provinciaalder Broeders van Liefde, *Standpunt euthanasie bij psychisch lijden van psychiatrische patiënten in een niet-terminale situatie*, Gent, Onuitgegeven Beleidsnota Provinciaalder Broeders van Liefde, 2012.
- Centrale Supportgroep Levensende, *Zorgvuldigheidsvereisten voor euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening in een niet-terminale situatie*, Onuitgegeven nota, 2014.

Andere belangrijke documenten met betrekking tot euthanasie en psychisch lijden:

- *Wet betreffende euthanasie*, 2002, zie: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table_name=wet
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*, Utrecht, De Tijdstroom, 2^{de} herziene editie, 2009, zie: http://steungroeppsychiaters.nl/wp-content/uploads/Richtlijn-hulp-bij-zelfdoding_NVvP-2009.pdf.
- Werkgroep Metaforum, *Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid*, KU Leuven, 2013, zie: https://www.kuleuven.be/metaforum/docs/pdf/wg_9_n.pdf