

# Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus

A.P. DE BOER, T.I. OEI

**ACHTERGROND** Het Nederlandse rechtsstelsel staat, onder strenge voorwaarden, hulp bij zelfdoding toe bij psychiatrische patiënten, maar de materie blijft controversieel. Veel psychiaters zijn huiverig om deze hulp te verlenen door onbekendheid met de te volgen procedure en de criteria voor verantwoord handelen.

**DOEL** Overzicht verschaffen van de te volgen procedure en de relevante ijkpunten, wanneer een psychiater een verzoek om hulp bij zelfdoding in overweging neemt.

**METHODE** Analyseren van wetgeving, rechtspraak en medische ethiek en van bijzondere problemen die zich voordoen in het geval van psychiatrische patiënten.

**RESULTATEN** Wij beschrijven de ontwikkelingen in wetgeving en psychiatrische praktijk naar grotere erkenning van de autonomie van de patiënt. De beoordeling van de wilsbekwaamheid en van de uitzichtloosheid van ondraaglijk lijden staan centraal bij de besluitvorming.

**CONCLUSIE** Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie zal vaker kunnen worden geboden, nu procedures en ijkpunten beschikbaar zijn gekomen die in overeenstemming zijn met het rechtsstelsel.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)8, 543-550]

**TREFWOORDEN** euthanasie, hulp bij zelfdoding door artsen, ondraaglijkheid, uitzichtloosheid, wilsbekwaamheid

In 2002 werd in Nederland de Euthanasiewet van kracht. De wet, voluit 'Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding', maakt geen onderscheid tussen lichamelijk en geestelijk lijden en schept derhalve voor beide categorieën gelijkkelijk toegang tot stervenshulp. Bij de 20.000 gevallen waarin sinds 2002 euthanasie is toegepast of hulp bij zelfdoding is verleend, ging het tot voor kort steeds om ongeneeslijk lichamelijk lijden. In bijna 90% van de gevallen betrof het hulp aan terminale kankerpatiënten door huisartsen.

In 2008 kwamen voor het eerst twee meldingen van psychiaters die hulp bij zelfdoding hadden verleend aan een psychiatrische patiënt (Regionale toetsingscommissie 2009). Een ervan, de casus die wij nu beschrijven, is een schoolvoor-

beeld van het soort lijden dat aanleiding kan zijn tot een verzoek om hulp bij zelfdoding. In dit artikel zullen wij alle belangrijke aspecten van de casus en van de relevante ijkpunten belichten. Ook de historische ontwikkeling in het denken over deze hulpverlening en in de praktijk ervan komen aan de orde.

In dit artikel beperken wij ons tot de euthanasiethematiek in Nederland, hoewel de kwestie ook in Vlaanderen actueel is, zoals gebleken is uit de verwickelingen rond de zelfgekozen dood van de schrijver Hugo Claus. Aan een rechtsvergelijkende studie van de situatie rond euthanasie en hulp bij zelfdoding binnen ons gehele taalgebied bestaat stellig behoefte, maar zo'n onderzoek past niet in onze opzet.

## EEN PRAKTIJKGEVAL

Het verzoek om hulp bij zelfdoding werd gedaan door patiënte A, een 65-jarige vrouw. Zij ging vanaf haar tienerjaren gebukt onder zeer ernstige medisch-psychiatrische problemen. Een ernstige posttraumatische stressstoornis en een ernstige depressieve stemmingsstoornis stonden centraal. Patiënte beschreef haar leven als een kwelling. Zij leefde in een ernstig sociaal isolement en liet een zeer apathische geremde levenshouding zien. De klachten waren nog sterk verhevigd na de dood van haar man. De vrouw werd vijf decennia lang vanuit de psychiatrie behandeld. Zij werd langdurig psychotherapeutisch behandeld. Zij kreeg vele combinaties van geneesmiddelen – antidepressiva en antipsychotica. Er werden pogingen gedaan haar sociaal te activeren. Zij werd voor langere tijd in een herstellingsoord geplaatst. Zij kreeg lichttherapie. Het effect van slaapdeprivatie werd onderzocht. Een duurzaam gunstig resultaat bleef echter uit.

Zij ondernam diverse pogingen zichzelf het leven te benemen, o.a. met rattengif. Patiënte had steeds constructief aan de genoemde behandelingen meegewerkt. Haar stemming bleef echter diepsomber. Zij gaf aan dat haar leven alle kleur verloren had. De al jaren bestaande doodswens werd steeds sterker. Zij herhaalde haar verzoek ten overstaan van haar huisarts, behandelend psychiater en behandelend psycholoog/psychotherapeut en arts. Zij vroeg haar arts haar met een dodelijke injectie uit haar lijden te verlossen. Patiënte en arts waren overtuigd van de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden. De arts was ook overtuigd van de vrijwilligheid van het verzoek. Alle behandelopties waren besproken, maar niets kon uitzicht meer bieden. Er speelde somatische comorbiditeit. Het werd als redelijk en invoelbaar ervaren dat patiënte zich voor haar hartfalen niet meer wilde laten behandelen. Een langdurige plaatsing in een huis met lotgenoten werd haar wel aangeboden; haar weigering op het aanbod in te gaan werd gerespecteerd.

De psychiater willigde haar verzoek in, na ampel beraad en na consultatie van meerdere onafhankelijke collega's en, conform de wettelijke eis, een onafhankelijke arts in het kader van Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN). Hij was na grondig onderzoek en gesteund door het advies van de geconsulteerde collega's tot de conclusie gekomen dat aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen was voldaan. Het verzoek tot levensbeëindiging was consistent en weldoordacht. Het lijden was op invoelbare wijze ondraaglijk en uitzichtloos. Alle behandelopties waren uitgeput; levenshulp was niet langer mogelijk. De arts overhandigde aan patiënte een drank met 9 gram pentobarbital.

## DE TOETSING VAN DE CASUS

De Euthanasiewet heeft regionale toetsingscommissies ingesteld die het handelen van de arts achteraf toetsen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Centraal staat de eis dat de patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek doet wegens de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van zijn lijden.

Voorts wordt geëist dat de arts de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten en dat hij of zij met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er in die situatie geen redelijke andere oplossing is. De plicht onafhankelijke collega's te consulteren noemden wij reeds. De arts dient zich schriftelijk te verantwoorden tegenover de toetsingscommissie.

De toetsingscommissie gaf in de beschreven casus aan, hulp bij zelfdoding vanwege psychiatrische problematiek als buitengewoon geval te beschouwen, dat vraagt om extra behoedzaamheid bij de beoordeling, met name wat betreft de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden (Regionale toetsingscommissie 2009). De KNMG had reeds eerder euthanasie en hulp bij zelfdoding in het algemeen als buitengewone medische handelingen aangemerkt (Legemaate & Dillmann 1993).

De toetsingscommissie kwam tot een instemmend oordeel, op grond van het lange, zorgvuldige traject dat de arts had bewandeld, het feit dat de arts niet slechts één, maar meer deskundigen had geconsulteerd en het feit dat aan de vrije wilsbepaling uitvoerig aandacht was gegeven. In het verslag van de arts was volgens de commissie duidelijk beargumenteerd waarom de patiënt wilsbekwaam werd geacht. Het stelde vast dat de keuze voor de dood niet voortvloeide uit behandelbare psychiatrische onvrijheid. De ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden vloeiden op begrijpelijke wijze voort uit het grondige gesprek tussen de hulpvrager en de arts. Alle behandelalternatieven bleken uitvoerig aan de orde te zijn geweest en na zorgvuldige afweging als niet proportioneel of als niet haalbaar ter zijde te zijn gesteld.

De toetsingscommissie onderschreef het handelen van de psychiater uitdrukkelijk waar zij stelde: *‘De arts heeft samen met de patiënt uitgebreid overlegd en zij moesten samen tot de conclusie komen dat er geen redelijke behandelalternatieven meer voorhanden waren. Het lijden van patiënte was uitzichtloos’.*

#### EEN CULTUUROMSLAG

De positieve toetsingen uit 2008 betekenen een cultuuromslag, die niet zonder slag of stoot heeft kunnen geschieden. De ommekeer betreft alle aspecten van de stervenshulp, zowel in het algemeen, als in de psychiatrie – wat de patiënt moet verdragen en mag verlangen, wat de arts heeft te doen en te laten, en hoe de arts zich dient te verantwoorden.

De strijd over deze vragen werd allereerst gevoerd in de rechtszaal (Van Hertzen 1984). In drie vonnissen over euthanasiezaken uit de naoorlogse periode weerspiegelt zich de ontwikkeling in het denken over euthanasie, in de richting van een welwillender oordeel. In de eerste zaak (1952) werd de man die zijn zeer ernstig zieke broer in een sanatorium op diens nadrukkelijk verzoek een letale dosis morfine had toegediend, veroordeeld tot een jaar gevangenisstraf, voorwaardelijk. In de tweede zaak (1973) kreeg de vrouw, die tevens arts

was en haar moeder op haar nadrukkelijke verzoek uit haar lijden had verlost, een gevangenisstraf van een week, voorwaardelijk. In de derde zaak (1983) werd de huisarts die euthanasie had toegepast ontslagen van rechtsvervolging op grond van een rechtvaardigingsgrond – in dit geval gewetensnood in een conflict van plichten.

De arts legde hier dus publiekelijk in de rechtszaal verantwoording af, en kon zijn handelen – het toedienen of verstrekken van dodelijke middelen – rechtvaardigen en ging dus verder vrijuit. Deze vorm van verantwoording was de te bewandelen weg zolang de Euthanasiewet op zich liet wachten, maar was toch zo belastend voor artsen dat deze hen afkerig kon maken van iedere vorm van stervenshulp. Het probleem was niet alleen het categorische verbod van euthanasie, maar ook het maatschappelijk taboe dat er lange tijd op rustte, juist in de psychiatrie. (Blijkens onze afsluitende beschouwing over de uitzichtloosheid, is deze weerstand nog altijd actueel.)

Al vroeg poogde Van Ree de bakens te verzetten (1962). Hij signaleerde dat er in de chronische gestichtspsychiatrie vaak sprake is van ondraaglijk lijden en dat daar maar zeer beperkte therapeutische mogelijkheden tegenover staan. De roep om toelaatbaarheid van hulp bij zelfdoding in de psychiatrie is echter pas luider geworden na 1990, toen de Euthanasiewet werd voorbereid. In politiek Den Haag wonnen progressieve opvattingen steeds meer veld, net als eerder bij abortus. De autonomie van de patiënt kreeg meer en meer gewicht, al vond die in het geval van psychiatrische patiënten veel minder gemakkelijk erkenning. Ook dit punt is nog steeds actueel, en we komen erop terug bij de bespreking van de wilsbekwaamheid.

Het algemene euthanasiedebat lokte publicaties uit over het wettelijk kader van hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. In het *Tijdschrift voor Psychiatrie* verscheen in 1994 een overzicht waarin Van der Lijn e.a. (1994) het onderwerp kenschetsen als nog steeds heftig controversieel. Zij pleitten voor gelijke bejegening van lichamelijk en psychisch zieken inzake wensen tot levensbeëindiging. De

Geneeskundige Inspectie voor Geestelijke Gezondheid stelde dat hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten in uitzonderlijke gevallen aanvaardbaar kan zijn. (Geneeskundige Inspectie 1993). De KNMG-commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen nam in haar rapport (CAL-rapport) eenzelfde standpunt in (KNMG 1993).

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie publiceerde in 1998 haar eerste richtlijn inzake hulp bij zelfdoding bij mensen met een psychiatrische stoornis. Dat deze richtlijn in een dringende behoefte voorzag, blijkt uit een onderzoek uit 1997. Dit wees uit dat binnen de psychiatrie in ongeveer 300 gevallen per jaar een zeer nadrukkelijk verzoek werd gedaan om hulp bij zelfdoding (Groenewoud e.a. 1997). Prominente publicisten zoals Chabot, Kuitert, Tholen en Borst scherpten de discussie nader aan (Chabot 2000); Weyers (2002) geeft een goed overzicht van deze periode. Op deze wijze werd, in een allengs veranderend filosofisch en intellectueel klimaat, de basis gelegd voor de Euthanasiewet van 2002.

#### DE EUTHANASIEWET IN DE PSYCHIATRISCHE PRAKTIJK

Stervenshulp is, nu de wet geen onderscheid maakt, in principe gelijkelijk toegankelijk voor lichamelijk en psychisch zieken. De praktijk was en is anders. In de eerste zes jaar na invoering van de Euthanasiewet is in de psychiatrie geen enkel verzoek tot hulp bij zelfdoding gehonoreerd, terwijl afgaande op de genoemde bevindingen van Groenewoud e.a. in die periode rond de 2000 verzoeken moeten zijn afgewezen. Het is geen goede zaak dat dergelijke weigeringen zonder formele reactie kunnen worden gedaan: er behoort een motiveringsplicht te zijn, om de weigering inzichtelijk te maken. Het is bekend dat uit deze geweigerde groep jaarlijks een vijftigtal patiënten tot een dikwijls gruwelijke, en zelfs ook voor anderen gevaarlijke vorm van suïcide overgaan.

De psychiatrie bevond zich vanwege de consequente niet-honorering van verzoeken tot ster-

venshulp, ongeacht de wettelijke toelaatbaarheid, in een uitzonderingspositie. In 2008 kwam daar, zoals wij zagen, verandering in. Daarmee wordt recht gedaan aan de letter en de geest van de Euthanasiewet. Ook wordt zo de binnen de beroepsgroep tegenwoordig breed gedragen opvatting gehonoreerd dat hulp bij zelfdoding toegankelijk dient te zijn voor psychiatrische patiënten.

De toenemende consensus vond zijn weerslag in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP 1989; tweede, herziene versie: Tholen e.a. 2009). De nieuwe richtlijn laat zich lezen als een handleiding hoe de psychiater-practicus met verzoeken om hulp bij zelfdoding dient om te gaan. Het protocol staat stil bij de wettelijke zorgvuldigheidseisen en geeft additionele aanbevelingen: dubbele, zo nodig drievoudige consultatie van een onafhankelijke psychiater, een schriftelijk beredeneerd verslag van de psychiater aan de consulent met zijn eigen oordeel over de zorgvuldigheidseisen en met een bespreking van gevoelens van overdracht en tegenoverdracht, waaruit blijkt dat de arts in volledige professionele vrijheid heeft besloten de hulp te verlenen. Het gaat om aanbevelingen: de toetsingscommissie toetste in de beschreven casus het handelen van de arts primair aan de wet en kwam tot een instemmend oordeel, hoewel de richtlijn niet op alle punten was opgevolgd.

#### De beoordeling en de raadpleging van deskundigen

Het beoordelen van verzoeken om hulp bij zelfdoding vereist in het geval van psychiatrische patiënten specialistische deskundigheid. De huisarts beroept zich nog al eens op overmacht of gebrek aan specifieke deskundigheid. De beoordeling lijkt het best te kunnen worden verricht door een psychiater. Deze psychiater neemt dan het verzoek in ontvangst, doet de beoordeling, verzorgt de verslaglegging en zorgt ook uiteindelijk voor een deskundige uitvoering van de hulp bij zelfdoding. De psychiater kan het best één psychiater die tevens SCEN-arts is als consulent inschakelen.

Zo'n tweespan houdt het besluitvormingsproces overzichtelijk. Een dubbele of zelfs drievoudige consultatie, zoals bepleit in de richtlijn, verzwaaert de procedure zonder de kwaliteit van de besluitvorming duidelijk te verbeteren. Het is raadzaam de deskundige geen expliciet oordeel te vragen omtrent het verzoek. De rol van de deskundige dient zich toe te spitsen op mogelijk nog resterende opties tot behandeling. Hij of zij moet daarover een concreet, niet-vrijblijvend advies geven. Duidelijk moet worden welke therapie waar en voor hoeveel tijd geboden kan worden.

Het ultieme behandelaanbod dient realistisch te zijn. De voorgestelde behandeling dient uitzicht te bieden op daadwerkelijke verlichting van het lijden. Het aspect van de proportionaliteit dient in acht te worden genomen. Zeer geringe kansen op licht herstel wegen niet op tegen grote moeite en inspanning die de behandeling zou vergen van de patiënt.

#### Wilsbekwaamheid

Een van de lastigste vragen bij verzoeken om hulp bij zelfdoding is de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de patiënt – de kwestie of de patiënt het vermogen bezit om in vrijheid een verantwoord besluit te nemen over zijn leven en levenseinde. Wanneer dat vermogen door een verstandelijke handicap ernstig is aangetast, is er geen wilsbekwaamheid. Een lichte verstandelijke beperking daarentegen staat niet aan wilsbekwaamheid in de weg. Er zijn uiteraard grensgevallen en juist dan staan de artsen voor een moeilijke afweging. De praktijk van de laatste jaren laat zien dat euthanasieverzoeken in geval van beginnende dementering niet per se worden afgewezen vanwege ontoereikende wilsbekwaamheid. Van belang is ook de wetsbepaling dat de wilsbekwaamheid wordt beoordeeld volgens het tijdstip dat het oorspronkelijke verzoek is gedaan, zodat een later verlies van verstandelijke capaciteiten geen afbreuk doet aan de rechten van de patiënt.

Het probleem van de wilsbekwaamheid speelt niet alleen in de psychiatrie, maar ook bij

allerlei juridische kwesties, zoals besluiten over ondercuratelestelling. Het belang ervan voor de psychiatrie is extra groot omdat juist hier al te lang de neiging heeft bestaan, en nog bestaat, om de autonomie van de patiënt te miskennen. Sommigen wijzen iedere stervenshulp reeds bij geestelijk gezonden af, omdat zij 'balanszelfmoord' ondenkbaar achten (Koerselman 1994). Hoe zou men dan ooit de doodswens van een psychiatrische patiënt kunnen respecteren? De autonomie van de patiënt is daarentegen verdedigd door Leenen (1978).

Het brede belang van de wilsbekwaamheid heeft ertoe geleid dat er, zij het informeel, uniforme richtlijnen zijn opgesteld voor diverse beroepsgroepen (Ministerie van Justitie 1994). Deze richtlijnen stellen de autonomie van de psychiatrische patiënt voorop. Het oordeel over de wilsbekwaamheid van de patiënt mag niet gaan over de inhoud van het genomen besluit, maar uitsluitend over de kwaliteit van de besluitvorming. Wanneer een patiënt een verzoek om stervenshulp indient, gaat het niet aan dit verzoek af te wijzen met het argument dat zo'n verzoek per definitie niet weloverwogen kan zijn. Een doodswens is niet op zichzelf een bewijs van een zieke of gebrekkige wil. De eigen morele opvattingen van de beoordelaar mogen niet maatgevend zijn, met voorbijgaan aan de rechten van de patiënt. Alleen de ethisch-neutrale vraag naar de manier waarop het besluit van de patiënt tot stand is gekomen en door hem is verantwoord dient aan bod te komen.

De besluitvorming van de patiënt wordt op de volgende punten getoetst: hij (of zij) dient duidelijk en consistent te zijn in zijn hulpvraag, hij dient de fatale strekking van zijn verzoek goed te overzien en moet er blijk van geven dat hij de uitleg over de inhoud van mogelijk resterende behandelopties goed begrijpt.

Hij moet de basis van waaruit hij het ultieme verzoek doet – de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van zijn lijden – op redelijke wijze invoelbaar maken voor de psychiater, zodat deze kan vaststellen dat de oordeelsvorming ondanks de ziekte niet gestoord is. Op die manier is de psychi-

ater ook in staat zijn oordeel over de wilsbekwaamheid van de patiënt inzichtelijk te maken voor anderen.

Een pasklare neuropsychologische test om de wilsbekwaamheid te meten is nog niet beschikbaar. De wel beschikbare *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T) kan echter een belangrijke indicatie verschaffen over de cognitieve beslisvaardigheid van de patiënt (KNMG 2004)

Uitgangspunt en strekking van de wet en de diverse richtlijnen zijn volstrekt duidelijk: ook de psychiatrische patiënt is autonoom, tot er bewijs is van het tegendeel. De bijzonder schaarse gevallen van stervenshulp bij psychiatrische patiënten doen echter vermoeden dat deze betrekkelijk tolerante normen nog niet algemeen ingang hebben gevonden en dat daardoor niet zelden aan psychiatrische patiënten ten onrechte de verlangde stervenshulp wordt onthouden.

#### *Ondraaglijkheid en uitzichtloosheid bij psychiatrische patiënten*

Het is een veelgehoorde gedachte dat aan psychiatrische patiënten geen hulp bij zelfdoding mag worden geboden omdat zij niet aan een levensbedreigende ziekte lijden en zich al zeker niet in de stervensfase bevinden. Het idee dat euthanasie alleen acceptabel is wanneer een ernstig lijdende patiënt terminaal is, strookt echter niet met de Euthanasiewet. Ook wanneer een patiënt niet terminaal is, is zijn of haar verzoek om hulp bij zelfdoding toelaatbaar, al zullen aangescherpte eisen worden gesteld aan de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden.

De ondraaglijkheid is evident wanneer de patiënt dat zelf aangeeft en de arts moet vaststellen dat de patiënt gedurende zeer lange tijd beheerst wordt door een doodsverlangen dat alle vitale functies ondermijnt. Het grote probleem is de beoordeling van de uitzichtloosheid. Ondraaglijkheid en uitzichtloosheid staan niet los van elkaar, wat de afwegingen extra lastig maakt. Het dilemma is soms dat de patiënt des te sterker naar

de dood verlangt en meer suïcidaal wordt naarmate hij zich meer bewust is van zijn lijden.

In de beschreven casus heeft de arts overwogen het ondraaglijk lijden te verlichten door de medicatie verder op te hogen, maar de patiënt zou dan wel als een zombie door het leven gaan. De toetsingscommissie is meegegaan met het oordeel van de arts dat dit geen menswaardig alternatief was.

Uitzichtloosheid betekent dus niet per se dat alle denkbare behandelingsmogelijkheden zijn uitgeput, maar slechts de behandelingsmogelijkheden die de patiënt kan verdragen. De toetsingscommissie gaf ook aan dat van de patiënt niet meer mocht worden gevergd dat zij zich zou laten opnemen in een beschermd woonproject met verwante desperate lotgenoten. De last die dit voor haar zou betekenen, werd zwaarder geoordeeld dan de zeer geringe kans op enig herstel die deze opname zou kunnen bieden. De patiënt behoudt dus, in samenspraak met de arts, het recht om een hulpaanbod van de hand te wijzen, geheel conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Van Veen 2002), zonder dat dat er per se toe leidt dat de uitzichtloosheid wordt afgewezen.

Het gaat niet alleen om het ontbreken van nieuwe specialistische behandelingsmethoden. Wanneer die zijn uitgeput, wil dat nog niet zeggen dat het ziektebeeld beslist onveranderbaar is. Rekening dient te worden gehouden met de kracht van de natuur en de mogelijkheid van spontane schommelingen van het ziektebeeld. Goede palliatieve zorg en goede omkadering kunnen wellicht verandering van het beeld bewerkstelligen. Pas wanneer geruime tijd vergeefs is onderzocht of het lijden door in te zetten op deze factoren enigszins draaglijk is geworden, kan van uitzichtloosheid worden gesproken. Anderzijds gaat het niet aan onbepert op de factor tijd in te zetten en de natuurlijke dood af te wachten wanneer het lijden ondraaglijk blijft.

Uitzichtloosheid houdt in: het ontbreken van een redelijke oplossing om het lijden, en daarmee het leven, draaglijk te maken. Dit sluit aan op

de wettelijke eis dat de arts met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevond geen andere redelijke oplossing was dan euthanasie. De essentie van de Euthanasiewet is derhalve dat in de relatie arts-patiënt stervenshulp onder omstandigheden legitiem is. Het is geen afdwingbaar recht van de patiënt, en geen arts kan er toe worden verplicht. De wetgever heeft deze wijze oplossing gekozen, enerzijds uit een geclausuleerd respect voor de autonomie van de patiënt, anderzijds uit respect voor de verschillende medisch-ethische opvattingen binnen de beroepsgroep. De wet waarborgt dat de lastige afwegingen die, juist op het vlak van de uitzichtloosheid, door de psychiater moeten worden gemaakt voor een forum van beroepsgenoten worden verantwoord.

#### SLOTSOM

Hulp bij zelfdoding, als uiterste redmiddel in de psychiatrie, wettelijk toelaatbaar sinds 2002, is sinds kort gelegitimeerd in de praktijk. De verlossende dood is voortaan ook voor psychiatrische patiënten bereikbaar, wat neerkomt op een emancipatie van de psychiatrische patiënt en van de psychiatrie zelf. Psychiaters staan voor de taak binnen het kader van wet, jurisprudentie en richtlijnen deze hulp toegankelijk te maken. Dit brengt vanzelfsprekend niet mee dat artsen voetstoots zouden moeten meegaan in een verzoek om levensbeëindiging.

Zorgvuldigheidseisen spitsen zich toe op het vaststellen van ondraaglijk lijden, op het langdurig zoeken naar nieuwe behandelmogelijkheden, en eerst bij het ontbreken daarvan op de erkenning van de uitzichtloosheid van het lijden. Wordt dit traject doorlopen, dan zal de psychiater die hulp bij zelfdoding verleent, er op kunnen rekenen dat hij zich kan verantwoorden in een procedure die niet onredelijk belastend is.

Categorische afwijzing van hulp bij zelfdoding in de psychiatrie betekent een miskennis van de autonomie van psychiatrische patiënten en van de strekking van de Euthanasiewet. Invoering

van een motiveringsplicht in geval van niet-honoreren van verzoeken om stervenshulp kan er toe leiden dat de autonomie van de patiënt in meer gevallen zal worden gehonoreerd.

#### LITERATUUR

- Chabot BE. De vraag om hulp bij zelfdoding. *Tijdschr Psychiatr* 2000; 42: 759-66.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. De meldingsprocedure euthanasie/hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid; 1993.
- Groenewoud JH, Maas PJ, van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ, e.a. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997; 141: 2244-8.
- Herten JHS van. Juridische kanttekeningen bij drie euthanasievonnissen. *Tijdschr Psychiatr* 1984; 26: 345-54.
- Koerselman F. (1994). Balanssuïcide als mythe. Over 'zelfbeschikt' door B.E. Chabot. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1994; 49: 515-27.
- Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen KNMG. Deelrapport 4. Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Utrecht: KNMG; 1993.
- KNMG. Modelrichtlijn: Van wet naar praktijk, implementatie van de WGBO deel 2. Informatie en toestemming. Utrecht: KNMG; 2004.
- Leenen HJJ. Rechten van de mens in de gezondheidszorg. Een gezondheidsrechtelijke studie. Alphen aan den Rijn: Samsom; 1978. p. 24 en 28.
- Legemaate J, Dillmann RJM. Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. De zorgvuldigheidseisen nader bezien. *Medisch Contact* 1993; 48: 1475-9.
- Legemaate J, Gevers JKM. Physician-assisted suicide in psychiatry: developments in the Netherlands. *Camb Q Healthc Ethics* 1997; 6: 175-88.
- Leucht S, Burkard T, Henderson JH, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizofrenia. A review of the evidence. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
- Lijn M van der, Nolen WA, Schudel WJ. Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten. Rechtvaardigingsgronden en zorgvuldigheidscriteria. *Tijdschr Psychiatr* 1994; 36: 406-16.
- Ministerie van Justitie. Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie; 1994.

- NVvP. Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 1998.
- Ree F van. Enkele opmerkingen over euthanasie en/of therapie bij suïcidaliteit. Tijdschr Psychiatr 1982; 24: 391-404.
- Regionale toetsingscommissies euthanasie. Jaarverslag 2008. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2009/04/22/regionale-toetsingscommissies-euthanasie-jaarverslag-2008.html>
- Tholen AJ, Berghmans RLP, Huisman J, Legemaate J, Nolen WA, Polak F, e.a. (NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding). Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. <http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen/>
- Veen EB van. De WBGO. De betekenis van hulpverleners in de gezondheidszorg. Lelystad: Koninklijke Vermande; 2002.
- Weyers EHM. Euthanasie: het proces van rechtsverandering (proefschrift). Hoofdstuk 8.6: Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten: rapporten en rechtszaken. Groningen; 2002. pp. 268-83. <http://irs.ub.rug.nl/ppn/241755816>

## AUTEURS

A.P. DE BOER is psychiater, jurist, en SCEN-arts, verbonden aan GGZ Noord-Holland-Noord.

T.I. OEI is psychiater en als hoogleraar Forensische Psychiatrie verbonden aan de Universiteit van Tilburg.

Correspondentieadres: prof. dr. T.I. Oei, Postbus 431, 3720 AK Bilthoven.

E-mail: T.I.Oei@uvt.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-1-2011.

## SUMMARY

Assisted suicide in psychiatry; current situation and notes on a recent case – A.P. de Boer, T. I. Oei –

**BACKGROUND** The Dutch legal system grants psychiatric patients the right to assisted suicide but imposes strict conditions. The matter, however, remains controversial. Many psychiatrists are reluctant to become involved in assisted suicide because they are not familiar with the procedure that has to be followed, nor are they clear about the precise meaning of ‘acting responsibly’.

**AIM** To provide an overview of the procedure to be followed and of the criteria to be met when a psychiatrist is wondering whether to grant a patient’s request for assistance with suicide.

**METHOD** We analyse the law, jurisprudence and medical ethics and the special problems that arise in the case of psychiatric patients.

**RESULTS** We describe the developments in law and psychiatric practice which have led to greater recognition of the autonomy of the patient. The final decision depends on an assessment of the patient’s competence and his ability to articulate his request clearly and on the hopelessness engendered by unbearable suffering.

**CONCLUSION** In the future there may be an increase in the number of cases of assisted suicide in psychiatry now that procedures and criteria have been established which are in accordance with the Dutch legal system.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)8, 543-550]

**KEY WORDS** competence, euthanasia, hopelessness, physician-assisted suicide, unbearable suffering