

# **Advies nr. 73 van 11 september 2017 betreffende euthanasie in geval van niet-terminale patiënten, psychisch lijden en psychiatrische aandoeningen**

## INHOUDSTAFEL

<b>A. Adviesvraag</b> .....	4
<b>B. Juridisch kader voor de depenalisering van euthanasie in België</b> .....	5
B.1. Algemeen kader.....	5
B.2. De essentiële elementen van de wet betreffende euthanasie.....	5
a. Definitie.....	5
b. Noodzakelijke voorwaarden.....	6
c. Vorm- en procedurevoorwaarden.....	6
d. Rol van de geraadpleegde artsen.....	7
e. Niet binnen afzienbare tijd te verwachten overlijden.....	7
f. Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie (FCEE).....	8
g. Gewetensvrijheid.....	8
h. Euthanasie bij minderjarigen.....	9
i. Bondige vergelijking met de Nederlandse wet.....	9
B.3. Stand van zaken in het huidige debat.....	10
<b>C. Antwoord op de twee eerste vragen</b> .....	13
a. Vraag 1: Is de juridische basis om euthanasie te verkrijgen een andere basis als beslist is dat het euthanasieverzoek van de partner kan ingewilligd worden?.....	13
b. Vraag 2: Wat is de juridische basis om euthanasie te verkrijgen indien de aanvrager niet-terminaal ziek is?.....	14
<b>D. Vraag 3: Bestaat er een maatschappelijke nood om het concept van aanhoudend en ondraaglijk psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, te verduidelijken?</b> .....	15
D.1. Verheldering van de concepten lijden, bekwaamheid, diagnosticeerbaarheid en ongeneeslijkheid, levensmoeheid en voltooid leven.....	15
a. Lijden.....	15
b. Oordeelsbekwaamheid.....	18
c. Diagnosticeren van een ernstige en ongeneeslijke medische aandoening.....	19
d. Levensmoeheid en voltooid leven.....	22
D.2. Empirische studies over het begrip lijden in de context van euthanasie.....	26
D.3. Evolutie van het aantal euthanasieaanvragen.....	28
D.4. Empirische studies in Vlaanderen naar de evolutie van de frequentie van euthanasie.....	29
D.5. Empirische studies over levensmoeheid en euthanasie in Vlaanderen en Nederland.....	32
D.5.1. Empirische studies over levensmoeheid en euthanasie.....	32
D.5.2. Empirische studie over voltooid leven.....	33
D.6. Ethische discussie.....	35
D.6.1. Implicaties (voor de euthanasievraag) van het weigeren van behandeling.....	35
D.6.1.1. De arts is verantwoordelijk voor de ultieme beslissing of het lijden van de patiënt al dan niet gelenigd kan worden.....	37

D.6.1.2. De arts is verantwoordelijk voor de diagnose van de (on)geneeslijkheid van de aandoening, de patiënt heeft het laatste woord over het ondraaglijke karakter van het lijden, en het (on)lenigbare karakter van het lijden wordt bepaald op basis van een diepgaande en constante dialoog tussen de patiënt en diens arts .....	41
<b>D.6.2. Het debat over levensmoeheid .....</b>	<b>43</b>
D.6.2.1. Het debat in Nederland: de zaak Brongersma (2002) en het adviesrapport 'voltooid leven' (2016) .....	43
D.6.2.2. Hoeveel ruimte voor zorgverleners om het toepassingsgebied van de Euthanasiewet zelf te interpreteren? .....	45
D.6.2.3. Voorstel van aanpak voor uitklaring van euthanasieverzoeken bij levensmoeheid .....	49
<b>D.6.3. Euthanasie en medicalisering van maatschappelijke problemen .....</b>	<b>52</b>
<b>E. Besluiten en aanbevelingen .....</b>	<b>57</b>
<b>E.1. Vraag 1:</b> Is de juridische basis om euthanasie te verkrijgen een andere basis als beslist is dat het euthanasieverzoek van de partner kan ingewilligd worden? .....	57
<b>E.2. Vraag 2:</b> Wat is de juridische basis om euthanasie te verkrijgen indien de aanvrager niet terminaal ziek is? .....	57
<b>E.3. Vraag 3:</b> Bestaat er een maatschappelijke nood om het concept van aanhoudend en ondraaglijk psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, te verduidelijken? .....	58
<b>E.3.1. Punten van consensus .....</b>	<b>59</b>
a. Opleiding van artsen en publieksvoorlichting .....	59
b. Noodzaak van meer onderzoek naar medische beslissingen omtrent het levenseinde .....	60
c. Geen medicalisering (van verscheidene vormen) van psychosociaal lijden .....	60
d. Ongeneeslijkheid van de aandoening en ondraaglijkheid van het lijden .....	60
<b>E.3.2. Punten waarover geen consensus bestaat .....</b>	<b>61</b>
a. Over de niet-lenigbaarheid van het lijden .....	61
b. Over de weigering van een behandelvoorstel .....	62
c. Over ouderdomsverschijnselen, polyopathie en levensmoeheid .....	64
d. Over <i>a priori</i> versus <i>a posteriori</i> evaluatie van euthanasieverzoeken .....	65
e. Over de wettelijke wachttijd tussen het euthanasieverzoek en de inwilliging ervan in geval van een niet binnen afzienbare tijd verwacht overlijden .....	65
f. Over de vereiste expertise van de uitvoerende en geraadpleegde artsen .....	67
g. Over het statuut van de adviezen van de geraadpleegde artsen .....	68
h. Over de rol van de Federale controle- en evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van de Euthanasiewet (FCEE) .....	69
<b>BRONNEN .....</b>	<b>71</b>
<b>Bijlage 1 .....</b>	<b>75</b>

## A. Adviesvraag

Het door mevr. L. Onkelinx, toenmalig minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, in haar schrijven van 14 april 2011 onder de referentie "Euthanasie voor patiënten die zich niet in een terminaal stadium bevinden" gevraagde advies verwijst zelf naar een mondelinge vraag van senator Elke Sleurs, gesteld naar aanleiding van een gemediatiseerd geval van een door een echtpaar gevraagde en verkregen euthanasie. In de context van een euthanasieverzoek van een echtpaar waarvan een van de partners zich niet in een terminaal stadium bevond, vroeg senator Elke Sleurs naar de juridische basis om euthanasie te verkrijgen indien de aanvrager niet-terminaal ziek is. Om de verwoording van de vraag van senator Elke Sleurs over te nemen: *"Indien de juridische basis voor euthanasie bij een niet-terminale patiënt wiens partner reeds toelating voor euthanasie heeft verkregen onder andere 'ondraaglijk psychisch lijden' is, bent u dan van mening dat er een maatschappelijke nood is om dit concept te verduidelijken?"*.

Het komt erop aan de principes te verduidelijken die door deze vraag worden opgeroepen, met de precisering dat het niet de taak van het Comité is om commentaar te geven over een geval dat door de media aan het licht werd gebracht en waarvan het trouwens de nauwkeurige gegevens niet kent, meer bepaald met betrekking tot de medische toestand van de beide partners.

De comitéleden onderscheiden de volgende drie vragen: de eerste twee vragen worden bondig beantwoord; de derde vraag vormt de essentie van de ethische discussie in dit Advies.

**Vraag 1: Is de juridische basis om euthanasie te verkrijgen een andere basis als beslist is dat het euthanasieverzoek van de partner ingewilligd kan worden?**

**Vraag 2: Wat is de juridische basis om euthanasie te verkrijgen indien de aanvrager niet-terminaal ziek is?**

**Vraag 3: Bestaat er een maatschappelijke nood om het concept van aanhoudend en ondraaglijk psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, te verduidelijken?**

Alvorens nader in te gaan op de drie gestelde vragen om advies wordt het wettelijk kader voor euthanasie in België kort toegelicht.

# B. Juridisch kader voor de depenalisering van euthanasie in België

## B.1. Algemeen kader

De wet van 28 mei 2002 betreffende euthanasie (hierna Euthanasiewet) geeft een handelingsbekwame, bewuste meerderjarige<sup>1</sup> patiënt de mogelijkheid om vrijwillig, overwogen en op herhaalde wijze om euthanasie te verzoeken indien hij/zij zich in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden bevindt dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

Deze haalt de euthanasiedaad dus uit de strafrechtelijke sfeer (d.i. deze wet depenaliseert de euthanasiedaad), onder strenge voorwaarden, en beschrijft de procedure die de arts die een dergelijk verzoek ontvangt, moet volgen.

De Euthanasiewet vertoont gemengde kenmerken: ze maakt deel uit van het burgerlijk recht, in het hoofdstuk van het medisch recht, maar heeft ook strafrechtelijke aspecten, aangezien ze de euthanasie die door een arts volgens de wettelijke voorwaarden en procedures wordt uitgevoerd niet langer strafbaar maakt.

Doorgaans wordt een depenalisering van euthanasie bepleit op basis van twee ethische beginselen : het respect voor de autonomie van de patiënt en het medeleven met diens lijden. Men moet echter onderstrepen dat deze principes niet absoluut zijn. Het volstaat niet dat de patiënt om euthanasie verzoekt : alle wettelijke voorwaarden moeten voldaan zijn.

## B.2. De essentiële elementen van de wet betreffende euthanasie

### a. Definitie

De definitie van euthanasie zoals bepaald in artikel 2 van de wet van 28 mei 2002 is geïnspireerd door de Nederlandse wet en door het eerste advies van het Raadgevend Comité<sup>2</sup>: euthanasie is de daad waarmee een arts opzettelijk een einde maakt aan het leven van een patiënt op diens verzoek, eventueel uitgedrukt in de vorm van een wilsverklaring (art. 14).

---

1 De Wet van 28 februari 2014 heeft de mogelijkheid om om euthanasie te verzoeken uitgebreid tot minderjarigen.

2 Advies nr. 1 van 12 mei 1997 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende de wenselijkheid van een wettelijke regeling van euthanasie ([www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)).

## **b. Noodzakelijke voorwaarden**

De daad van euthanasie moet door een arts worden gesteld: hij of zij mag deze verantwoordelijkheid in geen geval overdragen, bijvoorbeeld aan een verpleegkundige.

De arts moet zich ervan verzekeren dat de drie volgende essentiële voorwaarden vervuld zijn (art. 3):

1. het verzoek moet vrijwillig, overwogen en herhaald zijn, en mag niet tot stand gekomen zijn als gevolg van enige externe druk; dit verzoek moet uitgaan van een patiënt die wilsbekwaam is;
2. de patiënt moet zich beroepen op een toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden;
3. de patiënt moet zich in een medische uitzichtloze toestand bevinden als gevolg van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

Het dient benadrukt dat er een wisselwerking tussen deze drienoodzakelijke voorwaarden bestaat. We komen hier verder op terug in D.1.a.

## **c. Vorm- en procedurevoorwaarden**

Om zeker te zijn dat de essentiële voorwaarden van de wet worden nageleefd, heeft de wetgever een reeks stappen voorzien: schriftelijk verzoek, informatieplicht in hoofde van de behandelende arts, consultatie van een tweede en soms een derde arts, bijkomende voorwaarden als het overlijden niet binnen afzienbare tijd te verwachten valt, gesprek met het verzorgingsteam, eventueel gesprek met de naaste familieleden, registratie van alle elementen in het medisch dossier.

- Het verzoek moet schriftelijk worden geformuleerd en, indien de patiënt niet in staat is dit zelf te doen, moet het verzoek worden geschreven door een derde die geen materieel belang mag hebben bij het overlijden van de patiënt, in aanwezigheid van de arts.
- De arts aan wie een verzoek tot euthanasie wordt gericht, moet de patiënt vooraf hebben ingelicht over diens gezondheidstoestand en levensverwachting, de mogelijke behandelingen en de toegankelijke palliatieve zorg. Het gaat dus om een verplichting om informatie te verstrekken over palliatieve zorg en niet om een verplichting om beroep te doen op palliatieve zorg. Bovendien verleent de wet betreffende de rechten van de patiënt, de patiënt het recht om elke zorg te weigeren. Dezelfde wet vereist ook een duidelijke informatie die begrijpelijk is voor de patiënt.
- De Euthanasiewet eist ook dat de arts zelf meerdere gesprekken voert met zijn patiënt om zich ervan te verzekeren dat deze bij zijn voornemen blijft. De patiënt kan namelijk op elk ogenblik zijn verzoek intrekken. En dit verzoek mag alleen het resultaat zijn van een keuze, na alle nodige informatie te hebben ontvangen.

#### **d. Rol van de geraadpleegde artsen**

De tussenkomst van een geraadpleegde arts, met een nieuwe kijk, blijkt bijzonder nuttig in de hypothese van een te grote emotionele betrokkenheid van de behandelende arts die zijn patiënt misschien al jaren volgt, vanaf de diagnose van een ernstige en ongeneeslijke ziekte. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk staan ten opzichte van de therapeutische relatie die zich heeft ontwikkeld tussen de patiënt en de arts die het verzoek tot euthanasie heeft ontvangen; hij/zij moet ook competent zijn wat betreft de betrokken ziekte.

Hij/zij moet niet alleen het medisch verslag raadplegen maar de patiënt ook onderzoeken om enerzijds het ernstige en ongeneeslijke karakter van de aandoening te controleren en anderzijds zich te vergewissen van het aanhoudende, ondraaglijke en niet te lenigen karakter van het fysieke of psychische lijden.

In het kader van een euthanasieprocedure bij een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige zijn deze adviezen niet bindend.<sup>3</sup> Zonder bindend te zijn, vormen deze adviezen een belangrijke fase in de beraadslaging over het euthanasieverzoek. Na deze adviezen geraadpleegd en daarmee rekening te hebben gehouden, komt het aan de arts en de patiënt toe om een beslissing te nemen volgens het mandaat toegekend door de Euthanasiewet.

#### **e. Niet binnen afzienbare tijd te verwachten overlijden**

Er worden strengere voorwaarden opgelegd indien de arts van oordeel is dat het overlijden niet binnen afzienbare tijd te verwachten is. In dat geval is de tussenkomst vereist van een derde arts, te weten een tweede geraadpleegde arts. De wetgever streeft met de vermelding van deze hypothese twee doelstellingen na: enerzijds de valstrik vermijden van het definiëren van de begrippen ‘terminale fase’ of ‘terminale patiënt’, en anderzijds meer tijd geven en meer garanties bieden wanneer het overlijden nog als veraf kan worden beschouwd.

- In het geval van een niet binnen afzienbare tijd te verwachten overlijden, moet een termijn van minstens een maand in acht worden genomen tussen het schriftelijke verzoek en de daad van euthanasie.
- Een derde arts moet worden geraadpleegd, een specialist in de betrokken ziekte of een psychiater. Zijn opdracht zal er vooral in bestaan het vrijwillige karakter van het verzoek en het bestaan van een niet te lenigen lijden te onderzoeken.

De wetgever heeft geen lijst gegeven van de medische aandoeningen die in aanmerking kunnen komen, en heeft het psychische of fysieke karakter van het lijden niet gedefinieerd. In theorie kan een psychiatrische ziekte dus in het toepassingsgebied van de wet vallen, op voorwaarde dat ze ernstig en ongeneeslijk is. Voor patiënten die aan een psychiatrische ziekte

---

<sup>3</sup> In het arrest van het Grondwettelijk Hof over het beroep tegen de uitbreiding van de Euthanasiewet tot minderjarigen is gepreciseerd dat “wanneer de geraadpleegde kinder- en jeugdpsychiater of psycholoog van oordeel is dat de minderjarige patiënt niet beschikt over de vereiste oordeelsbekwaamheid”, de behandelende arts geen euthanasie op hem/haar kan uitvoeren, met andere woorden, in die specifieke situatie is het advies bindend. (Arrest Nr. 153/2015 van 29 oktober 2015 van het Grondwettelijk Hof over het beroep tegen de uitbreiding van de Euthanasiewet tot minderjarigen: zie paragraaf B.24.8.2.)

lijden, is het overlijden zelden binnen korte tijd te verwachten, behalve in een specifieke context (bijvoorbeeld wanneer sprake is van kanker). Daarom moet de altijd verplichte raadpleging van een tweede arts volgens de wet verplicht worden aangevuld met de raadpleging van een psychiater. Deze laatste moet inzage nemen van het medisch dossier, de patiënt onderzoeken en zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek.

#### **f. Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie (FCEE)**

Binnen de vier werkdagen volgend op de daad van euthanasie moet de arts hierover een aangifte indienen bij de Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie (FCEE), over de toepassing van de Euthanasiewet. De FCEE moet, op basis van de aangiften, onderzoeken of de artsen de door de wet voorziene voorwaarden en procedure hebben nageleefd.

De commissie kan na het onderzoek van een euthanasieaangifte tot één van de volgende conclusies komen:

1. de commissie beslist dat de aangifte voldoet aan de wettelijke eisen en de anonimiteit van alle betrokken personen wordt behouden;
2. in geval van twijfel kan de commissie de beslissing opschorten: na een stemming bij gewone meerderheid kan de FCEE beslissen om de anonimiteit op te heffen en aan de arts bijkomende informatie vragen, en de aangifte dan uiteindelijk toch goedkeuren. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen;
3. als de commissie, bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid, van oordeel is dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, maakt zij het dossier over aan de Procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

De FCEE heeft daarnaast een evaluatieopdracht en stelt om de twee jaar een verslag op voor het Parlement over de toepassing van de wet.

#### **g. Gewetensvrijheid**

De wet, die gebaseerd is op de eerbied voor de autonomie en de morele integriteit (in het bijzonder de gewetensvrijheid) van de persoon die euthanasie wenst uit te voeren, heeft diezelfde eerbied voor de autonomie en de morele integriteit voorzien in hoofde van de arts en van elke andere persoon die op de een of andere manier zou dienen te interveniëren in een euthanasieproces.

Artikel 14 van de wet preciseert dat geen enkele arts verplicht is euthanasie toe te passen en dat geen enkele persoon verplicht is aan euthanasie mee te werken:

*“Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn*



*weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend.*

*De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.”*

#### **h. Euthanasie bij minderjarigen**

De Euthanasiewet werd geamendeerd bij wet van 28 februari 2014 waardoor sedertdien ook minderjarige (niet-ontvoogde) patiënten om euthanasie kunnen verzoeken. Euthanasie voor minderjarige patiënten is echter slechts onder de volgende voorwaarden mogelijk:

- enkel in geval van oordeelsbekwaamheid<sup>4</sup> van de minderjarige patiënt wat door een kinder- en jeugdpsychiater of psycholoog schriftelijk wordt geattesteerd; het (schriftelijk) advies van deze persoon is bindend t.a.v. de behandelende arts<sup>5</sup>;
- het overlijden moet voorzien zijn binnen afzienbare tijd;
- enkel in geval van fysiek lijden;
- met het akkoord van de ouders (of wettelijke vertegenwoordigers);
- enkel het actuele euthanasieverzoek van de minderjarige patiënt komt in aanmerking, met uitsluiting van de voorafgaandelijke wilsverklaring.

De vragen om advies die in dit advies worden besproken, hebben geen betrekking op minderjarige patiënten.

#### **i. Bondige vergelijking met de Nederlandse wet**

Zonder in detail te treden lijkt het nuttig enige informatie te verstrekken betreffende de Nederlandse wet van 12 april 2001, getiteld « Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding » (WTL), rekening houdend met het feit dat hier in het vervolg van dit advies naar zal worden verwezen.<sup>6</sup> De Nederlandse wetgever heeft twee artikelen van het Wetboek van Strafrecht gewijzigd die levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding voorzien. Om beroep te kunnen doen op deze bijzondere strafuitsluitingsgronden, moet de arts beantwoorden aan de voorwaarden van de wet (WTL). Deze houden in dat de arts (zie art. 2, 1):

- a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;

---

4 Deze voorwaarde werd als volgt toegelicht in paragraaf B.3.1. van het arrest Nr 153/2015 van 29 oktober 2015 van het Grondwettelijk Hof over het beroep tegen de uitbreiding van de Euthanasiewet tot minderjarigen, p. 28: “...de minderjarige patiënt die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, ...” of “Om een geldig verzoek te uiten, moet men bekwaam zijn om op redelijke wijze over zijn belangen te oordelen”.

5 Arrest Nr. 153/2015 van 29 oktober 2015 van het Grondwettelijk Hof over het beroep tegen de uitbreiding van de Euthanasiewet tot minderjarigen, met name paragraaf B.24.8.2.

6 Er zijn een aantal belangrijke verschillen tussen de Belgische en de Nederlandse wet waarop hier verder niet wordt ingegaan.

- b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
- c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;
- d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
- 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;
- f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

De Nederlandse wet stelt niet dat de adviserende arts een psychiater moet zijn. In de *Code of Practice* van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie wordt dit echter aanbevolen.<sup>7</sup>

De wet heeft het over lijden en niet over een medische aandoening, maar de rechtsleer en de jurisprudentie, en in het bijzonder die welke door de vijf regionale toetsingscommissies is ontwikkeld, preciseert dat het lijden van de patiënt een medische dimensie moet omvatten, ongeacht of dit van somatische of psychiatrische aard is.<sup>8</sup> De Nederlandse wet maakt geen onderscheid tussen patiënten wier overlijden op korte termijn kan worden verwacht en patiënten voor wie dit niet geldt: er is minstens één adviserend arts vereist, ongeacht of de patiënt zich in de terminale fase bevindt. Er bestaat geen wettelijke wachttijd tussen het euthanasieverzoek en de uitvoering ervan. De Nederlandse artsen hebben niet om anonimiteit gevraagd bij de rapportering van euthanasiegevallen. Elk aangegeven geval van euthanasie vormt aanleiding tot een gemotiveerd advies van de bevoegde regionale toetsingscommissie.

### B.3. Stand van zaken in het huidige debat

De Euthanasiewet krijgt veel instemming in België van zowel het publiek als de medische en de politieke wereld<sup>9</sup>. De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen heeft verklaard dat euthanasie

7 Code of Practice, Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Den Haag, 2015, p. 26, § 4.3. Patiënten met een psychiatrische aandoening: “De arts moet naast de reguliere consultant die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen genoemd in de par. 3.2 tot en met 3.5 ook een onafhankelijke psychiater raadplegen, ter beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake van het verzoek en de uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt. Om onnodige belasting van de patiënt te voorkomen, kan de optie van een (SCEN-)consultant die tevens psychiater is de voorkeur hebben.”

8 Intussen hebben de Nederlandse Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Veiligheid en Justitie op 12 oktober 2016 echter een schrijven gericht aan de Tweede Kamer van het Nederlandse Parlement met de aankondiging dat het kabinet in overleg met verschillende partijen “een nieuw wettelijk kader” wil uitwerken om mogelijkheden te creëren voor hulp bij zelfdoding (inclusief euthanasie) aan mensen met een “voltooid leven”, ook als er geen sprake is van medische aandoeningen (“geen sprake van een medische grondslag voor het uitzichtloze en ondraaglijke lijden”). Dit debat is nog altijd gaande. Wij komen hierop terug in de ethische discussie. Zie <https://rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven>.

9 Cohen, J.; Van Landeghem, P.; Carpentier, N.; Deliens, L. (2014), “Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries”, *International Journal of Public Health*, (2014)59, pp. 143-156: “Relatively high

kan worden opgenomen in de context van de palliatieve zorg<sup>10</sup>. De Orde der Artsen bracht op 22 maart 2003 zijn « Advies betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde » uit<sup>11</sup>.

De vragen die in het huidige politieke en maatschappelijke debat in België aan bod komen, overschrijden echter de problematiek die aan het Comité is voorgelegd. Het betreft de volgende, niet-exhaustieve lijst van vragen:

Eenzijds :

- Afschaffing van de beperkte geldigheidsduur van de voorafgaandelijke wilsverklaring voor euthanasie, de vereenvoudiging van het opstellen van de wilsverklaring en de uitbreiding van het toepassingsgebied ervan naar personen met ernstige hersenletsels (in het bijzonder mensen met dementie)<sup>12</sup> ;
- Clausule betreffende het gewetensbezwaar en haar limieten met als gevolg de weigering van euthanasie in bepaalde zorginstellingen;<sup>13</sup>

---

*acceptance was found in a small cluster of Western European countries, including the three countries that have legalized euthanasia and Denmark, France, Sweden and Spain. In a large part of Europe public acceptance was relatively low to moderate. Comparison with the results of previous EVS wave (1999) suggests a tendency towards a polarization in Europe, with most of Western Europe becoming more permissive and most of Eastern Europe becoming less permissive.” (p. 143)*

10 Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (2003). Dealing with euthanasia and other forms of medically assisted dying [in het Nederlands]:

[www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Publicaties/euthanasie\\_-\\_standpunt\\_federatie.doc](http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Publicaties/euthanasie_-_standpunt_federatie.doc).

[voor de Engelse vertaling, zie <http://www.consciencelaws.org/background/procedures/assist008-007.aspx>].

Zie ook Assisted dying – the current situation in Flanders: euthanasia embedded in palliative care, 2013:

[http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Publicaties/ejpc\\_20\\_6\\_vdb\\_am\\_md\\_gh.pdf](http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Publicaties/ejpc_20_6_vdb_am_md_gh.pdf)

Zie ook de visietekst ‘On Palliative Care and Euthanasia’, 2013:

[http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Publicaties/visietekst\\_onpalliativecare\\_and\\_euthanasia\\_27\\_05\\_2013\\_def.pdf](http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Publicaties/visietekst_onpalliativecare_and_euthanasia_27_05_2013_def.pdf).

Zie ook Jan L. Bernheim, Wim Distelmans, Arsène Mullie, Johan Bilsen, Luc Deliens. Development of Palliative Care and Legalisation of Euthanasia: Antagonism or Synergy? *British Medical Journal* Vol. 336, No. 7649 (Apr. 19, 2008), pp. 864-867.

11 <https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/advies-betreffende-palliatieve-zorg-euthanasie-en-andere-medische-beslissingen-omtrent-het-levenseinde>

12 Zie de wetsvoorstellen van 10 april 2015 tot wijziging van de Euthanasiewet van 28 mei 2002 :

- door cerebrale aandoeningen getroffen personen met verworven wilsonbekwaamheid:  
<http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1013/54K1013001.pdf>

- de duurtijd van de wilsverklaring : <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1014/54K1014001.pdf>

Zie het wetsvoorstel van 23 februari 2016 tot wijziging van de Euthanasiewet van 28 mei 2002 om de tot vijf jaar beperkte geldigheidsduur van de wilsverklaring te schrappen en die duur door de patiënt zelf te laten bepalen :

<http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1675/54K1675001.pdf>

Zie het wetsvoorstel van 13 mei 2016 tot wijziging van de Euthanasiewet van 28 mei 2002 in verband met de opheffing van de geldigheidsduur van de wilsverklaring:

<http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1830/54K1830001.pdf>

13 De twee eerste vragen werden tijdens de legislatuur 2010-2014 in de vorm van voorstellen voorgelegd aan de Senaat. De gezamenlijke Commissies Justitie en Sociale Zaken hebben van 28 februari tot 12 mei 2013 hoorzittingen gehouden over het geheel van de vragen. Na deze werkzaamheden werd alleen de vraag van de minderjarigen behouden met het oog op wetgeving.

Zie het wetsvoorstel van 23 februari 2016 tot wijziging van de Euthanasiewet van 28 mei 2002 en van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, teneinde de gewetensclausule te waarborgen: <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1676/54K1676001.pdf>.

Zie hierover ook het advies nr. 59 van 27 januari 2014 van het Raadgevend Comité betreffende de ethische aspecten van de toepassing van de Euthanasiewet van 28 mei 2002 ([www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)).

- Invoering van een wettelijk verplichte (i.e. niet 'om deontologische redenen') doorverwijzing door de behandelend arts naar een collega-arts wanneer de behandelend arts een euthanasievraag conform de wet weigert uit te voeren;<sup>14</sup>
- Controle op de praktijk van continue sedatie.<sup>15</sup>

Anderzijds :

- De vraag om de mogelijkheid van euthanasie voor patiënten met een psychiatrische aandoening te schrappen;<sup>16</sup>
- Kritiek op de Federale controle- en evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van de Euthanasiewet en op de controle voorzien in deze wet [FCEE]<sup>17</sup>.

Er moet echter worden gewaakt voor overhaaste conclusies. Die zouden kunnen worden uitgelokt door de mediatisering van bepaalde gevallen, die zelden volledig gedocumenteerd zijn, ook omdat de professionele zorgverstrekkers die op de hoogte zijn van het volledig dossier er geen verklaringen over mogen afleggen omdat ze gebonden zijn door het beroepsgeheim.

---

14 Zie het wetsvoorstel van 10 april 2015 tot wijziging van de Euthanasiewet wat de doorverwijsplicht betreft: <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1015/54K1015001.pdf>

Zie het wetsvoorstel van 23 februari 2016 tot wijziging van de Euthanasiewet tot vaststelling van een termijn waarbinnen de arts een euthanasieverzoek van de patiënt moet beantwoorden en het medisch dossier aan een collega moet doorgeven als hij [of zij] dat verzoek weigert in te willigen :

<http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1677/54K1677001.pdf>

Zie het wetsvoorstel van 13 mei 2016 tot wijziging van de Euthanasiewet teneinde een arts die de gewetensclausule aanvoert te verplichten de patiënt door te verwijzen naar een andere arts : <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/1832/54K1832001.pdf>

15 Wetenschappelijke studies tonen aan dat er zich verscheidene problemen stellen wat betreft de continue sedatie. Zie bijvoorbeeld: Raus, Kasper; Sterckx, Sigrid & Mortier, Freddy (2011), "Continuous deep sedation at the end of life and the natural death hypothesis", *Bioethics*, vol. 26(6), pp. 329-336. Zie ook Anquinet, L.; Raus, K.; Sterckx, S.; Deliens, L. & Rietjens, J.A. (2012), "Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia: professional caregivers' attitudes and experiences. A focus group study in Flanders, Belgium", *Palliative Medicine*, vol. 27(6), pp. 553 - 561.

16 Bazan, Ariane; Van de Vijver, Gertrudis; Lemmens, Willem; Rénuart, Noémie; initiatiefnemers, meerdere ondertekenaars (2015), "Euthanasie bij psychisch lijden: een wankel wettelijk kader en maatschappelijke ondermijnende gevolgen", *Artsenkrant*, 25 september 2015, nr. 2420: p. 42

Zie ook, Bazan, Ariane; Van de Vijver, Gertrudis; Lemmens, Willem; 65 ondertekenaars (2015), "De dood als therapie?", *De Morgen*, 8 december 2015, p. 32.

Vandenbergh, Joris (2015), "Waarom ik 'stop euthanasie bij psychisch lijden' niet onderteken", *De Morgen*, 9 december 2015, p. 2.

Zie ook Braeckman, Johan; Ravelingien, An; Boudry, Maarten en meer dan 250 ondertekenaars (2015). "Banaliseer psychisch lijden niet", *De Morgen*, 11 december 2015.

17 Raus, Kasper; Sterckx, Sigrid; Desmet, Marc; Devisch, Ignaas; Focquaert, Farah; Haekens, An; Huysmans, Gert; Lisaerde, Jo; Mullie, Senne; Nys, Herman; Pennings, Guido; Provoost, Veerle; Ravelingien, An; Schotsmans, Paul; Vandenbergh, Joris; Vanden Berghe, Paul; Van Den Noortgate, Nele; Vanderhaegen, Bert, "Mogen we nog vragen stellen", *De Standaard*, 15 november 2016, p. 37.

Raus, Kasper; Sterckx, Sigrid; Beyen, Anne; De Lapeleire, Jan; Desmet, Marc; Devisch, Ignaas; Focquaert, Farah; Ghijbrechts, Gert; Haekens, An; Huysmans, Gert; Lisaerde, Jo; Mullie, Senne; Provoost, Veerle; Ravelingien, An; Schotsmans, Paul; Vandenbergh, Joris; Van Den Noortgate, Nele; Vanden Berghe, Paul; Vanderhaegen, Bert, "Komt nagenoeg iedereen van boven de 70 jaar nu in aanmerking voor euthanasie?", *Knack*, 15 november 2016.

Distelmans, Wim, "Zindelijke vragen graag", *De Standaard*, 18 november 2017.

## C. Antwoord op de twee eerste vragen

In het voorliggend advies wordt niet ingegaan op het thema van hulp bij zelfdoding: medische hulp bij zelfdoding wordt momenteel niet wettelijk geregeld. Nochtans wordt ze door de Orde van Artsen en de Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie (FCEE) gelijkgesteld aan euthanasie, mits aan de voorwaarden wordt voldaan. Volgens hen moet de arts de patiënt bijstaan bij het innemen van het dodelijk product en aan diens zijde blijven tot het overlijden is vastgesteld. Ontegenzeglijk illegaal, aldus de Orde der Artsen en de FCEE, blijft de voorschrijving van de medicamenten – barbituratensiroop - zonder bijstand van de arts tijdens het moment van inname.

Binnen het Comité werd besloten om de problematiek van personen die zich niet binnen de voorwaarden van de Euthanasiewet bevinden, maar toch om hulp bij zelfdoding verzoeken omdat ze ofwel hun leven voltooid vinden, ofwel levensmoeheid als enig motief hebben, niet te bespreken. Inderdaad, dit debat is al twintig jaar aanwezig in de Nederlandse samenleving<sup>18</sup>, terwijl het in België een opkomend debat is.

### **a. Vraag 1: Is de juridische basis om euthanasie te verkrijgen een andere basis als beslist is dat het euthanasieverzoek van de partner kan ingewilligd worden?**

In haar mondelinge vraag aan de minister verwees senator Elke Sleurs naar een gemediatiseerde euthanasiecasus waarbij het ging om de euthanasievraag van een echtpaar. Het Comité merkt op dat het feit dat het een echtpaar of partners betreft, hier niets ter zake doet. Elk verzoek is uniek, moet als dusdanig worden onderzocht en moet aan de voorwaarden van de wet voldoen, zoals dat voor elk euthanasieverzoek geldt. De omstandigheid dat het een echtpaar of partners betrof, is niet relevant voor het onderzoek van de door de wetgever bepaalde voorwaarden. Als de situatie van de partner op zich niet beantwoordt aan de wettelijke vereisten voor euthanasie, dan is er ook geen wettelijke basis voor het inwilligen van een dergelijk euthanasieverzoek.

Weliswaar heeft het Comité begrip voor de angst van de overblijvende partner om alleen verder te leven en het psychische lijden dat hiervan het gevolg is, maar deze zijn op zichzelf onvoldoende om euthanasie te rechtvaardigen.

---

<sup>18</sup> Zie bvb. het debat in het Nederlandse nieuwprogramma Nieuwsuur: <http://nos.nl/uitzending/15529-nieuwsuur.html>.

Zie ook het schrijven van de Nederlandse Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Veiligheid en Justitie van 12 oktober 2016 aan de Tweede Kamer van het Nederlandse Parlement over het uitwerken van een nieuw wettelijk kader voor hulp bij zelfdoding (inclusief euthanasie) aan mensen met een voltooid leven. Zie <https://rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven>.

**b. Vraag 2: Wat is de juridische basis om euthanasie te verkrijgen indien de aanvrager niet-terminaal ziek is?**

Er moet aan worden herinnerd dat de wetgever niet de intentie had om het concept van de terminale fase op te nemen in de Euthanasiewet. De wet voorziet weliswaar bijkomende voorwaarden indien de arts meent dat het overlijden niet binnen afzienbare termijn zal plaatsvinden. In dat geval moet hij/zij niet alleen verplicht een tweede arts raadplegen, die enerzijds de ernstige en ongeneeslijke aard van de medische aandoening moet onderzoeken en anderzijds zich moet vergewissen van het niet te lenigen karakter van het fysieke of psychische lijden, maar moet er ook een derde arts tussenkomen, inzage nemen van het medisch dossier, de patiënt onderzoeken en een advies geven over het aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het lijden evenals over de kwaliteit van het verzoek, namelijk het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter ervan. Deze arts moet ofwel een psychiater zijn, ofwel een specialist in de betreffende pathologie, en moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de tweede arts. Bovendien moet er een maand verlopen tussen het schriftelijke euthanasieverzoek en de daad zelf. Met andere woorden, de wet schrijft niet voor dat de patiënt zich in een terminaal stadium moet bevinden.

## D. Vraag 3: Bestaat er een maatschappelijke nood om het concept van aanhoudend en ondraaglijk psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, te verduidelijken?

Het Comité heeft gediscussieerd over de opportuniteit van een advies op basis van de door senator Elke Sleurs gestelde vraag. **Sommige leden** waren van mening dat de vraag een kort antwoord kon krijgen op basis van de Euthanasiewet van 28 mei 2002, zonder dat noodzakelijkerwijs een debat moet worden gestart dat er volgens hen naar zou neigen de vormen van lijden te categoriseren of te medicaliseren.

**Andere leden** meenden dat het nuttig is om vooraf de concepten die in de Euthanasiewet van 28 mei 2002 voorkomen te verhelderen op basis van wat daarover in de wetenschappelijke literatuur is gepubliceerd. Deze leden achten het belangrijk om de bevindingen van empirische studies weer te geven over het begrip lijden in de context van euthanasie, over de evolutie van de frequentie van euthanasie in Vlaanderen en over levensmoeheid. Deze leden menen dat deze toelichtingen een goed kader vormen voor de daaropvolgende ethische discussie in D.6.

### D.1. Verheldering van de concepten lijden, bekwaamheid, diagnosticeerbaarheid en ongeneeslijkheid, levensmoeheid en voltooid leven

#### a. Lijden

##### a.1. Voorafgaande opmerking: psychisch lijden versus psychiatrische aandoening

Alvorens in te gaan op het nut van een verduidelijking van het concept psychisch lijden, moet de aandacht worden gevestigd op een vaak gemaakte fout die erin bestaat dat men psychisch lijden verwart met psychiatrische ziekte of aandoening. Psychisch lijden kan net zo goed het gevolg zijn van een somatische pathologie als van een psychiatrische aandoening, net zoals psychiatrische aandoeningen fysiek lijden kunnen veroorzaken. Men denke bij voorbeeld aan anorexia nervosa. Men moet dus een duidelijk onderscheid maken tussen medische aandoening en lijden.

### a.2. Standpunt van de leden die het niet noodzakelijk achten om het concept van psychisch lijden te verhelderen

Zonder het debat af te wijzen, vrezen **sommige leden** dat pogingen om psychisch lijden te definiëren en te categoriseren het debat alleen maar zullen vertroebelen en er uiteindelijk zouden kunnen toe leiden euthanasie te weigeren aan patiënten met een psychiatrische aandoening.

Zij herinneren eraan dat fysiek of psychisch lijden een uiterst subjectief gegeven is: in principe is de patiënt het best geplaatst om het ondraaglijke karakter van zijn/haar lijden te beoordelen. Echter, dit subjectieve karakter gaat gepaard met een beoordeling, op basis van kennis en ervaring, door de professionele zorgverstrekkers, de behandelende arts en de geraadpleegde arts, die onvermijdelijk worden geconfronteerd met deze vraag: is het niet mogelijk dit lijden te lenigen, een behandeling voor te stellen die het fysiek lijden of de pijn bestrijdt of het psychisch lijden verlicht?

In de euthanasieaangiften die de Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie (FCEE) ontvangt, is vaak sprake van zowel fysiek als psychisch lijden, met een overwicht van het psychisch lijden: terwijl de geneeskunde in veel gevallen een antwoord kan bieden op fysieke pijn, staat ze vaak machteloos tegenover psychisch lijden zoals wanhoop, afhankelijkheid, verlies van waardigheid. De Euthanasiewet van 28 mei 2002 voorziet echter een onontbeerlijke voorwaarde opdat fysiek of psychisch lijden in aanmerking zou worden genomen: de noodzaak van een **oorzakelijk verband** tussen de (ernstige en ongeneeslijke) medische aandoening en het lijden.<sup>19</sup>

Zij benadrukken dat de drie noodzakelijke voorwaarden (namelijk een weloverwogen aanvraag, een ernstige en ongeneeslijke medische aandoening, en aanhoudend en ondraaglijk lijden) met elkaar verstrengeld zijn, zodat men voor elk euthanasieverzoek het verband tussen die drie noodzakelijke voorwaarden moet onderzoeken.

### a.3. Standpunt van de leden die het noodzakelijk achten om het concept van psychisch lijden te verhelderen

**Andere leden** menen dat er verschillende redenen zijn waarom een dringende maatschappelijke nood bestaat tot verduidelijking van dit concept. Zowel “psychisch lijden” als “ondraaglijk lijden” kunnen immers verschillende vormen aannemen.

---

<sup>19</sup> Zo leken in het geval van een geïnterneerde persoon - geval dat uitgebreid in de media aan bod is gekomen - de wettelijke voorwaarden om voor euthanasie in aanmerking te komen niet voldaan, omdat het lijden van de patiënt het gevolg was van zijn opsluiting en van het feit dat hij geen behoorlijke behandeling kreeg. Zie: La prison face à la demande d'euthanasie, Jacqueline Herremans, Justice en ligne, <http://www.justice-en-ligne.be/article761.html>.



Deze leden zijn er zich van bewust dat wanneer men concepten als 'lijden', 'psychisch lijden', en 'mentaal lijden' begint te analyseren, men zich al vrij snel in een conceptueel doolhof begeeft. In de literatuur vindt men een breed arsenaal aan termen en concepten die verband houden met psychisch lijden, zonder enige consensus over hoe deze concepten best worden gedefinieerd of gebruikt. Voorbeelden zijn 'psychological pain' (Mee et al. 2006), 'psychogenic pain' (Joffe & Sandler 1967), 'existential suffering' (Kissane 2012), 'psycho-existential suffering' (Murata & Morita 2006) en 'social suffering' (Bourdieu 1999).

De conceptuele lijn tussen lijden en pijn is vaak flinterdun aangezien beide termen overlappende en gelijkaardige betekenissen hebben. Er bestaat een algemene tendens om *pijn* te linken aan een *fysieke* ervaring, en om pijn te beschouwen als synoniem voor een onprettige lichamelijke ervaring. *Lijden*, daarentegen, wordt vaak begrepen als een breder en meer samengesteld fenomeen dat, onder andere, fysieke, morele en emotionele dimensies omvat. Dees en collega's (2009) deden een *review* van de belangrijkste literatuur over 'ondraaglijk lijden' (een zeer belangrijk concept in de context van de Euthanasiewet) en zij maakten een overzicht van de verschillende manieren waarop het concept 'lijden' werd gebruikt of gedefinieerd. Hun classificatie toont mooi aan dat er zeer veel verschillende definities bestaan die met elkaar gemeen hebben dat ze lijden beschrijven als een breed fenomeen, dat ook fysieke pijn kan omvatten. Mensen die pijn ervaren kunnen ook lijden, terwijl mensen die lijden ook pijn kunnen ervaren, maar in beide gevallen is dit *niet noodzakelijkerwijze* het geval.

Dit brengt ons opnieuw naar de specifieke vraag wat het concept 'psychisch lijden' dan wel kan betekenen. De wetgever heeft het niet gedefinieerd, maar enkel gecontrasteerd met fysiek lijden. Psychisch lijden is dus *niet-fysiek lijden*, maar dit vertegenwoordigt nog steeds een heel breed domein. Immers, **psychisch lijden kan het resultaat zijn van een medisch diagnosticeerbare somatische aandoening of van een medisch diagnosticeerbare psychiatrische aandoening (bvb. een klinische depressie), maar het kan ook gaan om lijden dat zijn oorzaak niet kent in enige aantoonbare of diagnosticeerbare (fysieke of psychiatrische) aandoening of ziekte.** Laatstgenoemde vormen van lijden zouden bvb., om conceptuele helderheid en afbakening na te streven, bestempeld kunnen worden als 'mentaal' lijden en deze categorie omvat op haar beurt weer verschillende types van lijden, waaronder bijvoorbeeld emotioneel, existentieel en spiritueel lijden. Het dient gezegd dat de verschillen tussen bovengenoemde vormen van lijden deels artificieel zijn, aangezien lijden zelden *enkel* fysisch of *enkel* psychisch of *enkel* mentaal is. Niettemin kan het nuttig kan zijn om stil te staan bij deze onderscheidingen om op een heldere manier de vraag te kunnen beantwoorden wat het concept 'psychisch lijden' kan betekenen en wat het betekent in de context van de Euthanasiewet. De uiteindelijke vraag die zich opdringt is immers of er vormen van psychisch lijden zijn die geen gerechtvaardigde indicatie vormen voor de uitvoering van een euthanasie.

De officiële Nederlandse artsvereniging (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* of KNMG), die een aantal functies vervult die in ons land door de Orde der Artsen worden uitgevoerd, maakt de volgende terechte bemerking betreffende euthanasieverzoeken van personen met niet-lichamelijk lijden:

*"[H]et beoordelen van de weloverwogenheid van het verzoek, en de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden bij deze categorieën patiënten [is] over het algemeen veel ingewikkelder dan bij patiënten die lijden als gevolg van somatische problemen en klachten." (KNMG 2011, p. 7)*

## **b. Oordeelsbekwaamheid**

Voor de beoordeling van de weloverwogenheid van een verzoek is vanzelfsprekend een inschatting nodig van de oordeelsbekwaamheid van de betrokkene. In dit verband dient opgemerkt dat in sommige gevallen psychisch lijden (bvb. als gevolg van een psychiatrische aandoening) de oordeelsbekwaamheid van een persoon kan verminderen of ondermijnen. Wat is de relevantie hiervan in de context van de toepassing van de Euthanasiewet?

Een verlangen hebben om te sterven is een van de indicaties om een depressie te diagnosticeren volgens het bekende *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5) (American Psychiatric Association 2013). Bij depressie kan de doodswens, en het euthanasieverzoek dat er uit voortvloeit, dus een symptoom zijn van de aandoening eerder dan een weloverwogen wilsuitdrukking. Dan kan bezwaarlijk sprake zijn van bekwaamheid van de patiënt om over zijn eigen dood te beslissen.

Depressie leidt weliswaar niet per se tot oordeelsonbekwaamheid, maar indien de oordeelsbekwaamheid van een persoon twijfelachtig is, vormt dit een duidelijke reden om euthanasie te weigeren: de Belgische Euthanasiewet vereist het bestaan van een vrijwillig, overwogen en herhaald verzoek van een handelingsbekwame patiënt. Deze bemerkingen gelden vanzelfsprekend voor alle patiënten die een euthanasieverzoek formuleren, of ze aan een psychiatrische aandoening lijden of niet.

Hoewel zelfmoordneigingen en stervensverlangens geassocieerd kunnen worden met depressie, zijn ze op zichzelf geen bewijs van oordeelsonbekwaamheid. Dit werd, bijvoorbeeld, erkend door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in een richtlijn over het omgaan met verzoeken tot hulp bij zelfdoding vanwege patiënten met een psychiatrische ziekte:

*"Suïcidaliteit is niet per definitie een psychopathologisch verschijnsel. Volgens de commissie is het mogelijk dat in uitzonderlijke gevallen een verzoek om hulp bij zelfdoding, geuit door een psychiatrische patiënt, het resultaat is van een zorgvuldig afwegingsproces. Hoewel veel van de door psychiatrische patiënten geuite*

*doodswensen een tijdelijk en daarmee voorbijgaand karakter hebben, gaat de commissie ervan uit dat in sommige gevallen een doodswens een duurzaam karakter kan krijgen en uiteindelijk aanwezig blijft.” (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2009, p. 28)*

Het is een erkend juridisch en ethisch principe dat men oordeelsbekwaam is tot het tegendeel bewezen is. Dit principe vormt ook de basis van de hervorming van de beschermingsstatus van onbekwaam verklaarde personen, zoals ingevoerd door de wet van 17 maart 2013. Deze wet beoogt de te nemen beschermingsmaatregelen af te stemmen op de bekwaamheid<sup>20</sup> van deze personen met als doel hen zoveel mogelijk te betrekken bij het beslissingsproces of de besluitvorming. Onderzoek dat werd verricht bij patiënten die lijden aan psychiatrische aandoeningen toont aan dat ze in staat zijn betrouwbare oordelen te vormen over hun persoonlijke levenskwaliteit (Baumstarck et al. 2013) en toont ook aan dat, ondanks het feit dat de oordeelsbekwaamheid van deze personen soms gecompromitteerd kan zijn, dit niet noodzakelijkerwijze *altijd* het geval is (Grisso & Appelbaum 1995). Bovendien is oordeelsbekwaamheid taak-specifiek. Of een persoon al dan niet oordeelsbekwaam is, moet geval per geval bekeken worden. Iemand kan bekwaam zijn om bepaalde beslissingen te nemen en terzelfdertijd niet bekwaam zijn om andere beslissingen te nemen. Er is derhalve geen gegronde reden om aan te nemen dat personen met een psychiatrische aandoening noodzakelijkerwijze onbekwaam of minder bekwaam zijn voor het nemen van beslissingen.<sup>21</sup>

### **c. Diagnosticeren van een ernstige en ongeneeslijke medische aandoening**

Hoewel de term als zodanig niet wordt vermeld in art. 3(1) van de Euthanasiewet, is diagnosticeerbaarheid een belangrijk criterium, aangezien men slechts geldig om euthanasie kan verzoeken wanneer het lijden het gevolg is van een ziekte (of ongeval), maar niet wanneer het lijden niet wordt veroorzaakt door ziekte (of ongeval). Men zou zich in dit verband de vraag kunnen stellen welke de (in het kader van de Euthanasiewet) relevante verschillen zijn tussen lijden *ten gevolge van een diagnosticeerbare ziekte* en lijden *zonder diagnosticeerbare ziekte*. Deze vraag roept automatisch de vraag op waar het domein van de geneeskunde en medische expertise stopt, en dus ook de vraag waar de rol van de arts stopt of zou moeten stoppen.

Men kan stellen dat geneeskunde zich bezig houdt met ziekten en medische aandoeningen en dat bijgevolg *lijden waarbij geen diagnosticeerbare (fysieke of psychiatrische) ziekte of aandoening aanwezig is buiten de geneeskunde valt*. Patiënten die psychisch lijden ervaren

---

<sup>20</sup> Wet van 17 maart 2013 tot hervorming van de regelingen inzake onbekwaamheid en tot instelling van een nieuwe beschermingsstatus die strookt met de menselijke waardigheid, art. 39, e): “bekwaamheid: de bevoegdheid om rechten en plichten zelf en zelfstandig uit te oefenen.”

<sup>21</sup> Zie ook de argumenten hieromtrent van Schuklenk en van de Vathorst (2015).

zonder diagnosticeerbare ziekte of van wie het lijden niet wordt *veroorzaakt* door ziekte, en die om euthanasie verzoeken zijn volgens dit argument dus niet gebaat bij een *medische* oplossing voor hun probleem, maar moeten hulp krijgen van *andere personen dan artsen* (bvb. een sociaal assistent, een psycholoog, een aalmoezenier, een moreel consulent, of anderen) om hun lijden te verlichten. Volgens sommigen resulteert het uitbreiden van het medische domein naar lijden dat niet (of niet hoofdzakelijk) voortvloeit uit ziekte, in een overdreven en onwenselijke medicalisering (Szasz 2007). We zullen verder terugkomen op deze kwestie in de ethische discussie.

Verder dient nog te worden opgemerkt dat medische aandoeningen vaak *objectief* kunnen worden gediagnosticeerd door middel van, bvb., klinische observatie, medische beeldvorming, bloedonderzoeken, etc., terwijl het beoordelen van lijden in de afwezigheid van een ziekte of aandoening louter *subjectief* blijft.<sup>22</sup> We moeten ons er echter van bewust zijn dat *wat gediagnosticeerd wordt de ziekte is en niet het lijden*. *Lijden* (of het nu fysiek dan wel psychisch van aard is) is *niet* objectief vast te stellen of te meten; de diagnose betreft de *vaststelling van de aanwezigheid van een ziekte of aandoening*.

Enkel lijden dat (onder andere) voldoet aan de voorwaarde dat het "*het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening*" (art. 3(1)), kan een wettelijke grond vormen voor euthanasie. De beoordeling van de significantie van de band tussen een diagnosticeerbare ziekte en het ondraaglijk lijden vormt dus onverminderd de grond om een euthanasievraag positief te beantwoorden in hoofde van de arts.

Volgens sommige experts bestaat er een belangrijk en zelfs fundamenteel onderscheid tussen diagnosticeerbare *somatische* ziektes en diverse *psychiatrische* aandoeningen waar weliswaar een objectieve diagnose voorhanden kan zijn, maar waar de specifieke aard van de therapeutische relatie tussen arts en patiënt de nood doet gevoelen aan een bijzondere zorgvuldigheid in hoofde van de arts om te besluiten dat een euthanasievraag positief kan worden beantwoord. In ons land vragen sommige psychiaters, maar ook sommige artsen met een andere expertise en sommige ethici zich af of er wel voldoende wettelijke grendels zijn ingebouwd in de huidige wetgeving om te vermijden dat te snel een euthanasievraag wordt gehonoreerd omwille van ondraaglijk lijden op basis van een psychiatrische aandoening.<sup>23</sup>

Art. 3(1) van de Euthanasiewet bepaalt dat de aandoening waaraan de patiënt lijdt *ernstig en ongeneeslijk* moet zijn. Euthanasie voor niet-fysiek lijden zonder diagnosticeerbare

---

22 Het meest gebruikte middel om mentale aandoeningen te diagnosticeren is het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association 2013). Dit boek is reeds uitvoerig bekritiseerd omdat het, ondanks zijn schijn van objectiviteit, toch veel ruimte laat voor subjectiviteit en interpretatie (Greenberg 2013), o.a. omdat de diagnostische criteria voor bepaalde aandoeningen uiterst vaag zijn.

23 Zie bvb. Claes et al. 2015, een brief aan de hoofdredacteur van het tijdschrift *BMJ Open*, waarin een studie werd gepubliceerd van 100 euthanasieverzoeken van psychiatrische patiënten in België (Thienpont et al. 2015).

aandoening wordt door sommige commentatoren verworpen op grond van het argument dat het bij dit soort lijden onmogelijk is om ongeneeslijkheid vast te stellen. Kelly & McLoughlin (2002) stellen dat dit reeds zeer moeilijk is bij lijden *ten gevolge van* een diagnosticeerbare psychiatrische aandoening:

*“Het blijft ontzettend moeilijk om bij een individuele patiënt te voorspellen of een therapie een vroege respons, een uitgestelde respons of geen respons zal opleveren [...]. Het is onmogelijk te voorspellen bij welke patiënten een spontane remissie zal optreden en wanneer dit zal gebeuren. Deze onzekerheden zijn in de psychiatrie veel meer uitgesproken dan in de medische praktijk, zodat het in feite onmogelijk is om een psychiatrische aandoening te omschrijven als ongeneeslijk.” (Kelly and McLoughlin 2002, p. 279, vertaling)<sup>24</sup>*

Hetzelfde zou mogelijks kunnen worden gezegd over psychisch lijden zonder een diagnosticeerbare aandoening, en dat zou dan kunnen gelden als argument tegen euthanasie voor dit soort lijden. Voor *fysieke* aandoeningen zal het vaak gemakkelijker zijn om te bepalen wanneer zij ongeneeslijk zijn, ofwel omdat alle behandelopties uitgeput zijn, ofwel omdat de prognose van een patiënt zo slecht is dat een nieuwe behandeling onvoldoende tijd zou hebben om effectief te werken. Voor *psychisch* lijden is er meestal een veel breder arsenaal aan behandelingen en kan bovendien, zoals opgemerkt door Kelly & McLoughlin, nooit met zekerheid worden uitgesloten dat het lijden spontaan verlicht wordt. Dit is des te meer zo omdat psychiatrische patiënten in de overgrote meerderheid van de gevallen niet-terminaal zijn en de evolutie van hun aandoening over langere termijn vaak moeilijk in te schatten valt.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft een richtlijn ontworpen<sup>25</sup> over hoe om te gaan met verzoeken vanwege psychiatrische patiënten om hulp bij zelfdoding. Een van de centrale vragen is wanneer een psychiater kan stellen dat de behandelmogelijkheden zijn uitgeput en de aandoening dus ongeneeslijk is. De **Commissie Hulp bij Zelfdoding van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie** stelt hierover het volgende:

*“Uitgangspunt is dat alle volgens medisch-wetenschappelijk inzicht bij deze patiënt in aanmerking komende behandelmogelijkheden zijn toegepast en ineffectief zijn gebleken. [...] [Hier volgen] enkele algemene richtlijnen die de psychiater bij zijn beoordeling kan betrekken. Een patiënt kan volgens de commissie pas als **onbehandelbaar** worden beschouwd als de volgende interventies zijn uitgeprobeerd:*

---

24 Originele versie: “In the case of an individual patient, it remains extremely difficult to predict whether therapy will produce an early response, a delayed response or no response [...]. It is impossible to predict which patients will undergo spontaneous remission and when this will happen. These uncertainties are far more pronounced in psychiatric practice than in medical practice, to the extent that it is essentially impossible to describe any psychiatric illness as incurable.”

25 De NVvP heeft deze richtlijn opgesteld uitgaande van de bestaande praktijken en wetenschappelijke literatuur betreffende behandeling en in functie van de Nederlandse wetgeving ter zake.

- *alle geïndiceerde reguliere biologische behandelingen;*
- *alle geïndiceerde psychotherapeutische behandelingen;*
- *sociale interventies die het lijden draaglijker kunnen maken.*

*De behandelaar dient hierbij in elk geval uit te gaan van de richtlijnen en consensusdocumenten die de beroepsvereniging heeft vastgesteld. De behandelingen zelf moeten binnen de state of the art vallen. Bij een patiënt met een depressieve stoornis bijvoorbeeld zal de biologische behandeling in elk geval moeten hebben omvat: een modern antidepressivum, een tricyclisch antidepressivum met controle van bloedspiegels, een augmentatiestrategie zoals met lithium, een klassieke monoamineoxidaseremmer en elektroconvulsie therapie. [...] Verder zal hij bij een depressieve patiënt moeten nagaan of reguliere vormen van psychotherapie, zoals interpersoonlijke therapie, cognitieve (gedrags)therapie of, indien geïndiceerd, andere therapievormen, zijn toegepast door een gekwalificeerde therapeut.”<sup>26</sup> (nadruk toegevoegd)*

De vraag stelt zich welke conclusies de arts al dan niet kan trekken betreffende de ongeneeslijkheid van de aandoening indien de patiënt behandelingen weigert. Wij zullen uitvoerig ingaan op deze vraag in de ethische discussie.

#### **d. Levensmoeheid en voltooid leven**

Sommigen gebruiken de termen ‘levensmoeheid’ en ‘voltooid leven’ als synoniemen. De vraag is: bestaat er een verschil tussen beide? Men kan levensmoe zijn zowel in de aan- als in de afwezigheid van een ziekte. Zo ook kan men zijn leven als voltooid beschouwen eveneens in de aan- of in de afwezigheid van een ziekte. Wat is dus het verschil tussen levensmoeheid en voltooid leven? In Nederland heeft men het vaak over ‘voltooid leven’ omdat het ook de titel was van de adviescommissie voorgezeten door prof. Schnabel. Maar wat is het verschil tussen beide?

#### **In België**

In een artikel gepubliceerd in 2016 in het Tijdschrift voor Geneeskunde vertrekken een aantal Vlaamse experts uit de Werkgroep ‘Palliatieve zorg en Geriatrie’ van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen van de duidelijke definitie van levensmoeheid van Evelien Delbeke (Van Den Noortgate et al. 2016). Zij omschrijft levensmoeheid als “psychisch lijden van een persoon die door (een combinatie van) medische en/of niet-medische factoren geen of slechts gebrekkige

---

<sup>26</sup> Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Commissie Hulp bij Zelfdoding (2009), Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis, pp. 37-38.

levenskwaliteit (meer) ervaart en als gevolg daarvan de dood boven het leven verkiest”<sup>27</sup>. De aanwezigheid van lijden is een noodzakelijk kenmerk van levensmoeheid volgens deze definitie (Van Den Noortgate et al. 2016, p.146). Tevens volgt eruit dat levensmoeheid ook kan voorkomen bij afwezigheid van medische factoren.

## In Nederland

De Nederlandse Regionale Toetsingscommissies Euthanasie noteren in hun *Code of Practice* (april 2015) het volgende :

*“Zoals uit de wetgeschiedenis blijkt, wordt met “klaar met leven” bedoeld op de situatie van mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht een met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening hebben, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor hen de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven.”*<sup>28</sup>

De Nederlandse adviescommissie “voltooid leven” (Schnabel) verwijst naar de omschrijving gegeven door de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE):

*“In een ten behoeve van de adviescommissie opgesteld rapport wordt door de NVVE benadrukt dat de term ‘voltooid leven’ zich niet in een definitie laat vatten”.*<sup>29</sup>

*“Het is een existentieel lijden, zonder noodzakelijke medische grondslag, waarbij de persoon de situatie als uitzichtloos ervaart en er geen passende alternatieve behandelmogelijkheden meer zijn. De mensen die een voltooid leven ervaren zijn doorgaans niet meer bij machte om zich te groeperen, organiseren, en voor zichzelf op te komen. De mens die dit veelal betreft is op hoge leeftijd, is onthecht, leeft geïsoleerd, is aan huis gekluisterd, zicht en gehoor zijn slecht en (men) wacht enkel nog op de dood.”*<sup>30</sup>

Andere betrokkenen en andere experts gebruiken echter andere definities en andere begrippen. De Nederlandse Adviescommissie “voltooid leven” besluit daarom dat

*“het begrip ‘voltooid leven’ een verzamelbegrip is dat zowel gebruikt wordt voor de situatie waarin alles is gebeurd en gedaan en waarin het leven in tevredenheid kan*

---

27 Delbeke, E. “Hulp bij zelfdoding en levensmoeheid” In: “Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde”. Morsel: Uitgeverij Intersentia, 2012: 395-411, p. 398.

28 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, “Code of Practice”, Den Haag, april 2015 <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/brochures/brochures/code-of-practice/1/code-of-practice>, p. 31.

29 Adviescommissie voltooid leven. “Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten”, Den Haag, januari 2016, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/documenten/rapporten/2016/02/04/rapport-adviescommissie-voltooid-leven>, p. 30.

30 Dit is een citaat uit het Rapport *Voltooid leven, de ervaring. Een analyse van de rapportages van het NVVE Adviescentrum*, NVVE 17 juli 2015 (p. 4) dat vermeld staat in het Rapport van de Adviescommissie voltooid leven, “Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten”, Den Haag, januari 2016., p. 30.

*worden afgesloten (niet noodzakelijk door zelfdoding of hulp daarbij), als voor de situatie waarin het leven zo veel problemen heeft opgeleverd dat men er een afkeer van heeft gekregen en niet meer verder wil.”<sup>31</sup>*

*“Het gaat om mensen die veelal op leeftijd zijn die naar hun eigen oordeel geen levensperspectief meer hebben en die als gevolg daarvan een persisterende, actieve doodswens ontwikkeld hebben”.<sup>32</sup>*

In oktober 2016 is er op het rapportbesluit van deze Adviescommissie een kabinetsreactie<sup>33</sup> van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevr. Schippers, en van dhr. Van der Steur, minister van Veiligheid en Justitie, gevolgd. In hun brief is sprake van het voorzien van een apart wettelijk kader voor hulp bij zelfdoding *“voor de groep mensen die hun leven als voltooid beschouwt, maar niet lijdt aan een stapeling van ouderdomsklachten, of bij wie helemaal geen sprake is van lijden met een medische grondslag, maar wel van uitzichtloos en ondraaglijk lijden aan het leven en daarmee een actieve wens tot sterven heeft”* (kabinetsbrief p. 4). Het gaat om mensen die *“hun leven als voltooid beschouwen, omdat zij lijden ten gevolge van bijvoorbeeld het verlies van partner en dierbaren, verlies van zinvolle contacten, door vermoeidheid en apathie zonder dat daarvoor een medische grondslag is aan te wijzen”*. (kabinetsbrief p. 5) *“Er zijn in deze groep ook mensen die vinden dat het voor hen genoeg is geweest en voor wie iedere dag een dag is waarop ze wachten op de dood”* (kabinetsbrief p. 5).

Els van Wijngaarden concludeert in haar doctoraal proefschrift over ‘Klaar met het leven, een studie naar de geleefde ervaring van ouderen die hun leven als voltooid beschouwen en verlangen naar de dood’ aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht (van Wijngaarden 2016b), onder meer dat de drie termen<sup>34</sup> voltooid leven, levensmoeheid en lijden aan het leven alle drie beperkingen hebben. In de Engelstalige samenvatting van haar proefschrift omschrijft zij haar besluit als volgt:

*“Als een van de laatste punten evalueren we de begrippen ‘voltooid leven’, ‘levensmoeheid’ en ‘lijden aan het leven’. Deze drie termen slagen er niet in om het fenomeen waarnaar ze verwijzen te beschrijven. Eerst en vooral omdat onze studie heeft aangetoond dat een zogenaamd voltooid leven helemaal niet gaat over iets dat ‘vervuld’ of ‘afgerond’ is, maar een existentieel lijden uitdrukt. De term ‘voltooid leven’ suggereert trouwens een duidelijk in de tijd afgebakende - [het gaat over een moment in de tijd] -, definitieve en weloverwogen beslissing dat het leven ‘voorbij’ is, alsof de patiënt heeft beslist dat het ‘af’ is. Maar in het echte leven bleken allerlei*

---

31 Adviescommissie voltooid leven. “Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten”, Den Haag, januari 2016, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/documenten/rapporten/2016/02/04/rapport-adviescommissie-voltooid-leven>, p. 33.

32 Ibidem, p. 34.

33 Zie <https://rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven>.

34 In de algemene inleiding van haar proefschrift, geeft zij een overzicht van de definities van 19 termen zoals ‘tiredness of life’, ‘suffering from life’, ‘completed life’ (zie 1.4. *Defining the terms*).



*dubbelzinnige en tegenstrijdige gevoelens te sluimeren. Het beslissingsproces wordt daarom beter omschreven als een constant dilemma.*

*Tot slot negeert de term eenvoudigweg het feit dat iemand nog voortleeft. Minstens op biologisch gebied is het leven nog niet voltooid. Maar ook op biografisch vlak is het nog niet afgelopen. Ouderen 'werken' zelfs heel bewust aan hun eigen biografie. Bijvoorbeeld door een actieve inzet in het politieke debat over voltooid leven bij ouderen, door mee te doen aan ons onderzoek en door hun dood en begrafenis te organiseren zoals ze het zelf verkiezen. Hun zelf-geregisseerde dood lijkt niet alleen een manier om opnieuw controle te hebben over hun leven, maar ook om te 'werken aan' een coherent einde van hun biografie. Daarnaast 'werken' ze ook op een meer onbewust niveau aan hun biografie, bijvoorbeeld door nog een vakantie te plannen, te kiezen voor een knieoperatie of door te verhuizen. In het echte leven bestaat er niet zoiets als een verhaal dat van tevoren te regelen is. Het is eerder een halfslachtige poging om vooraf een zeker biografisch einde vast te leggen, omdat mensen vrezen hun identiteit te verliezen. Alles samen genomen kunnen we besluiten dat 'voltooid leven' een eufemisme is, een indirecte term met een montere klank, maar die verwijst naar een ervaring die patiënten vaak heel onaangenaam vinden. Er is een grote inconsistentie tussen de betekenis van de term en de ervaring waarnaar deze verwijst. De term kan worden beschouwd als een kader, een beeld of een metafoor die geen afspiegeling is van wat mensen echt doormaken [of beleven]. Het gebruik van de uitdrukking 'voltooid leven' is niet alleen ongeschikt en verwarrend. Het geeft in wezen maar beperkt de geleefde ervaringen weer waarnaar de term verwijst." (p. 276-277, vertaling)<sup>35</sup>*

De visie van de Nederlandse artsenfederatie KNMG sluit hierbij aan:

---

35 Originele versie: "We conclude by evaluating the terms 'completed life', 'tiredness of life' and 'suffering from life'. All these terms fall short in describing the phenomenon at stake. Most importantly, our study has shown that a so-called completed life is not at all about 'fulfilment' or 'completeness'; instead it is about existential suffering. Besides, the term completed life suggests a firm and well-established decision – clearly marked in time – that life is 'over', as if one has decided that 'it is done'. However, in real life all kinds of ambiguities and ambivalences appeared to be present. The decision-making process is better characterized as a constant dilemma.

Finally, the term simply ignores the fact that someone is still living on. At least at a biological level, life is not completed yet. But also on the biographical level, life has not stopped yet. Actually, the older people 'work on' their own biography very consciously: for example, by active engagement in the political debate on completed life in old age; by joining our research project; and by organizing their death and their funeral in a way they personally prefer. The self-directed death seems not only a way to regain control, but also a way to 'work on' a coherent end of their biography. Besides, they also 'work on' their biography much more unconsciously, for example by planning another holiday; by opting for a knee surgery; or by moving to another place of residence. In real life, there is no such thing as narrative foreclosure, but rather an ambiguous attempt to foreclose a certain biographical end in which people fear to lose their identity. All in all, we conclude that completed life is a euphemism, an indirect phrase with a pleasant sound, used to refer to an experience that is often felt as highly unpleasant. There is a considerable inconsistency between the meaning of the term and the meaning of the experience it refers to. The term can be seen as a frame, an image or metaphor that does not resonate with people's lived experience. Using the term completed life might not only be inadequate and confusing. Fundamentally, it might be a reduction of the lived experiences to which the term refers."

*“Het begrip ‘voltooid leven’ heeft in het maatschappelijk debat een positieve connotatie. In de praktijk zal het echter vooral gaan om kwetsbare mensen die eenzaamheid en verlies van zingeving ervaren. Het gaat hier om complexe en tragische problematiek waarvoor geen eenvoudige oplossingen bestaan.”<sup>36</sup>*

## **D.2. Empirische studies over het begrip lijden in de context van euthanasie**

Wij zullen eerst een aantal empirische studies bespreken over de opvattingen van artsen, verpleegkundigen en leken over de kwestie van de aanvaardbaarheid van euthanasie naar gelang het lijden<sup>37</sup> lichamelijk dan wel niet-lichamelijk is.

Onderzoek toont aan dat vele artsen en verpleegkundigen, maar ook een merendeel van niet-medici, euthanasie gerechtvaardigd vinden in gevallen waarbij sprake is van pijn en *lichamelijk* lijden (zie bvb. Cohen et al. 2006; Inghelbrecht et al. 2009). Met betrekking tot de specifieke kwestie van de aanvaardbaarheid van euthanasie voor *niet-lichamelijk* lijden, werd in 2006 een studie verricht door Bert Broeckaert en collega’s, die trachtten de attitudes van Vlaamse palliatieve artsen betreffende euthanasie en geassisteerde zelfmoord in kaart te brengen (Broeckaert et al. 2009). Op de stelling: “Het toepassingsgebied van de Euthanasiewet moet beperkt worden tot euthanasie wegens ondraaglijk fysiek lijden”<sup>38</sup>, antwoordde 55% van de 147 respondenten dat ze niet akkoord waren en 26% dat ze akkoord waren (19% onthield zich). Met andere woorden, *55% van die Vlaamse palliatieve artsen vond in 2006 dat de wet niet beperkt mag worden tot ondraaglijk lichamelijk lijden.*

Uit een studie bij Nederlandse huisartsen verricht door Donald van Tol en collega’s werden de volgende conclusies getrokken:

*“De meeste artsen zijn slechts bereid om het lijden van een patiënt als ‘ondraaglijk’ te classificeren als dit lijden rechtstreeks verband houdt met onbehandelbare en reële pijn of lichamelijke symptomen. Maar in die gevallen waar de patiënt geen lichamelijke symptomen vertoonde en leed aan een combinatie van onomkeerbaar functioneel verlies en een vorm van ‘existentieel’ lijden bleken de artsen er sterk uiteenlopende beoordelingen van lijden op na te houden. Hoewel sommige artsen (17%) volhouden dat lichamelijke symptomen een noodzakelijke voorwaarde zijn voor ‘ondraaglijk lijden’, is een meerderheid bereid om nu en dan een uitzondering hierop*

---

36 KNMG, Nieuws 29 maart 2017, zie <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/knmg-voltooid-leven-wens-invoelbaar-maar-regeling-onwenselijk.htm>

37 De auteurs van de studies gebruiken zelf de termen lichamelijk lijden, psychisch lijden, ..., en niet ‘lichamelijke ziekte’, ‘psychische ziekte’, ... Bij de bespreking van deze studies in dit deel van het advies, wordt de terminologie van de onderzoekers overgenomen.

38 *Originele versie: “The scope of the law on euthanasia should be limited to euthanasia on the basis of unbearable physical suffering”.*

*te maken. Wanneer en in welk geval een individuele arts een uitzondering zal maken, is heel onvoorspelbaar.” (van Tol et al. 2010, p. 166, vertaling<sup>39</sup>)*

In de literatuur over opvattingen over de aanvaardbaarheid van euthanasie wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen enerzijds *paradigmatische of standaardgevallen* (gevallen die het minst controversieel worden geacht door zowel klinici als het brede publiek), nl. patiënten met pijn en ernstige lichamelijke symptomen, en anderzijds *niet-paradigmatische of grensgevallen*. In de studie van van Tol en collega's werden de volgende niet-paradigmatische elementen verwerkt in vignettes (beschrijvingen van situaties van fictieve personen) om de visies van huisartsen hierover na te gaan: vrees voor toekomstige aftakeling; verregaande afhankelijkheid; verlies van waardigheid; verlies van persoonlijke integriteit (dementie in een vroegtijdig stadium); levensmoeheid; en het zichzelf beschouwen als een last voor familie en/of vrienden. In al deze gevallen bleek uit de beschrijving van de *case* dat er ofwel geen lichamelijke symptomen waren, ofwel dat die onder controle waren. Op de vraag “bent u overtuigd dat dit een geval van ondraaglijk lijden is?” antwoordde 99% van de artsen bevestigend in het geval van de ‘standaardcase’ (54-jarige vrouw met ongeneeslijke gemetastaseerde borstkanker, ernstige pijn, misselijkheid, bedlegerigheid, etc.). Voor het geval van verregaande afhankelijkheid 49%; verlies van waardigheid 48%; het zichzelf beschouwen als een last voor familie en/of vrienden 35%; vrees voor toekomstige aftakeling 28%; levensmoeheid 18%; en verlies van persoonlijke integriteit (dementie in een vroegtijdig stadium) 2% (van Tol et al. 2010, p. 168). De onderzoekers stellen op basis van deze cijfers de volgende analyse voor:

*“De enige uitzondering waarbij sommige artsen minder terughoudend dan de wet lijken te zijn, zijn de gevallen van levensmoeheid. In dat geval was er geen medisch geclassificeerde diagnose, wat de mogelijkheid van wettelijke euthanasie uitsluit. Toch beschouwde bijna 1 op de 5 respondenten in dat geval het lijden van de patiënt als ondraaglijk en was bereid om het verzoek van de patiënt in te willigen. Dit kan ofwel betekenen dat sommige artsen de regels hieromtrent niet kennen ofwel dat ze er niet mee akkoord gaan.” (van Tol et al. 2010, p. 171, vertaling<sup>40</sup>)*

Zij trekken de volgende conclusie uit hun onderzoek:

*“Dit zal zowel de voor- als tegenstanders van euthanasie verontrusten. De*

---

39 Originele versie: “Most doctors are only inclined to classify a patient's suffering as ‘unbearable’ when suffering is directly related to untreatable and actual pain or physical symptoms. Doctors’ judgment of suffering varied strongly in cases in which physical symptoms are absent and a patient suffers from a combination of irreversible functional loss and ‘existential’ kinds of suffering. Although some doctors (17%) stick to the idea that physical symptoms are a necessary condition for ‘unbearable suffering’, a majority is willing to occasionally make an exception. When and for which case an individual doctor will make such an exception, is highly unpredictable”.

40 Originele versie: “The only exception in which some doctors seem to be less restrained than the law is the ‘tired of living’ case. In this case a medically classified diagnosis was absent, which excludes the possibility of lawful euthanasia. Yet almost 1 out of 5 respondents considered the patient's suffering in this case to be unbearable and would be willing to grant the patient's request. This could either mean that some doctors do not know the rulings on this point or that they do not agree with it”.

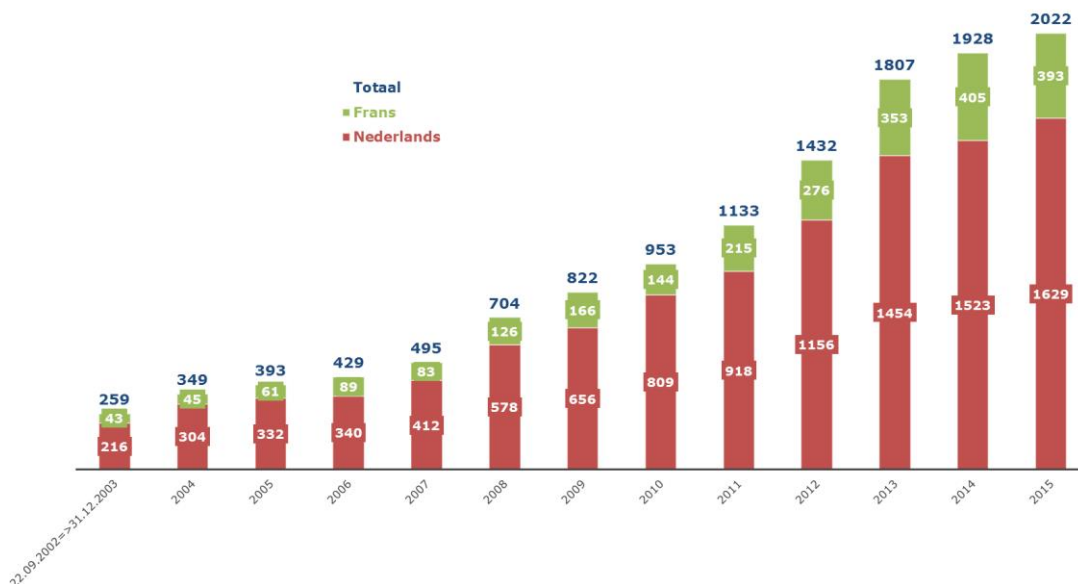
voorstanders kunnen beklemtonen dat sommige patiënten misschien ondraaglijk moeten lijden eenvoudigweg omdat ze hun verzoek hebben gericht tot de ‘verkeerde’ arts. Tegenstanders van euthanasie, anderzijds, kunnen benadrukken dat de praktijk hierdoor op een hellend vlak raakt: als alle grensgevallen van ondraaglijk lijden zouden aanleiding geven tot de inwilliging van het verzoek van de patiënt, kan het aantal euthanasiegevallen aanzienlijk toenemen. Waarover beide groepen het eens zullen zijn, is dat de afbakening van het begrip ‘ondraaglijk lijden’ de achilleshiel van de Nederlandse euthanasie is en voortdurende opvolging vraagt.” (van Tol et al. 2010, p. 172, vertaling<sup>41</sup>)<sup>42</sup>

### D.3. Evolutie van het aantal euthanasieaangiften

Sinds de vankrachtwording van de wet van 28 mei 2002 en de verplichting tot aangifte van uitgevoerde euthanasie is een toename van het aantal euthanasieaangiften vastgesteld.

Op te merken is dat er telkenmale een groot verschil is tussen het aantal Nederlandstalige en Franstalige euthanasieaangiften.

Aantal registraties en verdeling volgens taal



**Bron** : Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie, « Zevende verslag aan de wetgevende kamers, jaren 2014-2015 », 2016, p. 14.

41 Originele versie: “This will concern both advocates and critics of euthanasia. Advocates might stress that some patients now may have to endure the unbearable possibly only because they addressed their request to the “wrong” doctor. Opponents of euthanasia on the other hand might stress the possibility of a slippery slope: if all boundary cases of unbearable suffering would lead to honoring the patients request, the amount of euthanasia cases may rise significantly. What both sides will agree upon is that the issue where to draw the borderlines of ‘unbearable suffering’ is the Achilles heel of Dutch euthanasia practice and thus deserves ongoing attention.”

42 Zie ook een recentere studie (op basis van een grootschalige survey bij Nederlandse huisartsen, artsen gespecialiseerd in ouderenzorg, en klinische specialisten) die sterk gelijkaardige resultaten opleverde: Bolt et al. (2015).

In de verslagen van de Federale controle- en evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) - in het bijzonder in het zevende verslag<sup>43</sup> - wordt meer informatie verstrekt over de verschillende categorieën van ernstige en ongeneeslijke aandoeningen die aan de basis liggen van de gerapporteerde euthanasieverzoeken.

#### **D.4. Empirische studies in Vlaanderen naar de evolutie van de frequentie van euthanasie**

Uit recent empirisch onderzoek van de onderzoeksgroep Zorg Rond het Levensende (associatieonderzoeksgroep UGent-VUB) blijkt dat, tussen 2007 en 2013, de *prevalentie van euthanasie* toegenomen is in alle patiëntengroepen en in alle zorgsettings (zie lager tabel 1) (Dierickx et al. 2015). Er was een significante stijging van zowel het aantal *euthanasieverzoeken* (van 3,4% van de overlijdens in 2007 tot 5,9% van de overlijdens in 2013) als het percentage van *ingewilligde verzoeken* (van 55,4% tot 76,7%). Het percentage overlijdens door euthanasie is gestegen van 1,9 % in 2007 tot 4,6 % in 2013 (volgens de verslagen van het FCEE betreft het een stijging, op het niveau van gans België, van een gemiddelde van 0,44% voor de periode 2006-2007 naar 1,7% voor 2013<sup>44</sup>).

De *toename van euthanasieverzoeken* is het grootst in de groep van personen van 80 jaar en ouder, met een diploma hoger onderwijs, of met een diagnose van een cardiovasculaire aandoening. De *toename van ingewilligde verzoeken* is het grootst voor vrouwen, 80-plussers, mensen met een lage scholingsgraad, en mensen die overlijden in woon- en zorgcentra. In de praktijk komen die variabelen vaak voor bij dezelfde patiënten. Met betrekking tot de specifieke kwestie van euthanasie en psychisch lijden die in dit deel van het advies aan de orde is, dient de aandacht te worden gevestigd op de duidelijke stijging van het aantal ingewilligde euthanasieverzoeken voor 'other disease', een categorie die ook psychisch lijden omvat.

De belangrijkste redenen om geen euthanasie uit te voeren, waren dat de patiënt reeds overleden was, zijn/haar verzoek introk, of dat niet was voldaan aan de wettelijke vereisten. Het percentage van gevallen waarbij de arts verklaarde een verzoek te hebben geweigerd omwille van redenen extern aan de patiënt (een restrictief beleid van de zorginstelling, persoonlijke bezwaren, of vrees voor juridische consequenties) daalde scherp (van 23,4% in 2007 naar 2% in 2013).

**Sommige leden** menen dat het van groot belang is om deze bespreking te kaderen binnen de meest recente wetenschappelijke gegevens over de (evolutie van) de frequentie van euthanasie

---

43 Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie, « Zevende verslag aan de wetgevende kamers, jaren 2014-2015 », 2016, 64 p., <http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/fcee-euthanasie-verslag-2016>.

44 Het zevende verslag 2014-2015 van de FCEE vermeldt 1,8 % in 2014 en in 2015 (p. 19).

en de trends op het vlak van de inwilliging door artsen van euthanasieverzoeken. Dit enerzijds omwille van het feit dat deze gegevens in een aantal opzichten significante verschillen vertonen met de gegevens van de Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie (FCEE), en anderzijds omdat uit deze gegevens blijkt dat er nood is aan een debat over de interpretatie van de Euthanasiewet.

**Andere leden** merken op dat het protocol voor de studies naar de frequentie van medische levenseindebeslissingen het mogelijk maakt te stellen dat de notie euthanasie, zoals opgenomen in de aan de artsen gerichte vragenlijst, heel wat breder is dan de wettelijke definitie van de wet van 28 mei 2002, namelijk het verstrekken van medicamenten met de intentie van de artsen om de dood sneller te doen intreden, zonder dat duidelijk is wat precies wordt verstaan onder het versnellen van de dood en wat de toegediende medicamenten zijn. Zij willen dat deze studies zich zouden beroepen op de wettelijke definitie van euthanasie.

**De leden die de relevantie van deze studies benadrukken**, zijn van oordeel dat de frequentiestudies wel degelijk aantonen dat er een grote kloof bestaat tussen de gerapporteerde euthanasiepraktijk en de reële euthanasiepraktijk. De lagere euthanasiefrequentie in Franstalig België trekt het landelijke cijfer weliswaar naar beneden, en frequentiestudies zijn natuurlijk altijd schattingen (het 95% betrouwbaarheidsinterval van de studie geeft minimum 3% aan). Maar, nog altijd volgens deze leden, ook dan is de conclusie dus nog steeds dat één op drie euthanasiegevallen niet wordt gerapporteerd.

**Table 1. Euthanasia Requests and Granted Requests in Flanders, Belgium in 2007 and 2013<sup>a</sup>**

	% of deaths with euthanasia request				% dying with euthanasia		% of euthanasia requests granted			
	2007	2013	2013 vs 2007		2007	2013	2007	2013	2013 vs 2007	
			Biv. P Value <sup>b</sup>	Relative risk (95% CI) <sup>c</sup>					Biv. P Value <sup>b</sup>	Relative risk (95% CI) <sup>c</sup>
Overall	3.4	5.9	<.001	1.7 (1.4-2.1)	1.9	4.6	55.4	76.7	<.001	1.4 (1.2-1.6)
Sex										
Male	3.6	5.9	.001	1.6 (1.2-2.2)	2.3	4.6	64.1	76.9	.006	1.2 (1.0-1.5)
Female	3.2	6.0	<.001	1.9 (1.4-2.5)	1.5	4.6	45.7	76.4	<.001	1.7 (1.3-2.2)
Age										
1-64	6.4	8.2	.23	1.3 (0.9-1.8)	3.9	5.6	61.9	68.1	.02	1.1 (0.8-1.4)
65-79	4.0	7.5	<.001	1.9 (1.4-2.6)	2.5	6.3	63.6	83.6	<.001	1.3 (1.0-1.7)
80 or older	2.0	4.6	<.001	2.2 (1.5-3.3)	0.8	3.4	38.1	75.4	<.001	2.0 (1.3-3.1)
Educational attainment										
None or primary	2.2	3.6	.05	1.7 (1.0-2.8)	0.8	2.5	35.1	69.5	<.001	2.0 (1.1-3.6)
Lower secondary	4.5	5.4	.52	1.2 (0.8-1.8)	3.0	3.8	65.7	69.7	.14	1.1 (0.8-1.4)
Higher secondary	4.4	7.5	.04	1.7 (1.1-2.7)	2.6	5.6	59.0	74.2	.17	1.3 (0.9-1.8)
College/University	4.5	12.9	.008	2.9 (1.4-6.1)	3.1	11.2	68.9	86.3	.11	1.3 (0.8-1.9)
Cause of death										
Cardiovascular disease (incl. CVA <sup>d</sup> )	0.8	3.0	<.001	3.9 (1.4-10.9)	0.2	2.2	29.6	73.2	.04	2.5 (0.5-11.3)
Cancer	8.6	13.4	.001	1.6 (1.3-1.9)	5.6	10.4	64.4	77.5	<.001	1.2 (1.0-1.4)
Respiratory disease	1.6	2.4	.46	1.5 (0.5-4.4)	0.8	1.8	47.1	72.7	.28	1.5 (0.6-4.1)
Disease of the nervous system	4.2	6.3	.46	1.5 (0.6-3.9)	2.9	6.3	69.5	100	.05	1.4 (0.9-2.4)
Other disease	1.8	3.9	.009	2.1 (1.0-4.4)	0.3	2.7	18.8	70.7	<.001	3.8 (0.9-16.0)
Place of death										
At home	5.8	10.7	<.001	1.9 (1.4-2.4)	3.8	8.1	65.4	75.3	<.001	1.2 (1.0-1.4)
In hospital	2.8	5.0	.001	1.8 (1.2-2.5)	1.7	4.1	59.1	82.4	.009	1.4 (1.1-1.8)
In nursing home	2.1	3.9	.02	1.8 (1.1-3.2)	0.5	2.7	22.9	68.2	<.001	3.0 (1.3-6.9)
Other	3.4	1.1	.62	0.3 (0.0-3.1)	0.0	0.2	0.0	20.1	.40	- <sup>e</sup>

<sup>a</sup> Weighted percentages.

<sup>b</sup> Bivariate P Value based on Fisher's Exact Test.

<sup>c</sup> Relative risk is calculated with the complex samples function in SPSS 22.0.

<sup>d</sup> CVA = cerebrovascular accident.

<sup>e</sup> Relative risk could not be calculated for requests granted in other place of death.

## D.5. Empirische studies over levensmoeheid en euthanasie in Vlaanderen en Nederland

### D.5.1. Empirische studies over levensmoeheid en euthanasie

Een van de meest belangwekkende aspecten van de studie van Dierickx en collega's is volgens **sommige leden** dat deze studie aantoont dat sommige Belgische artsen levensmoeheid beschouwen als een legitieme reden om een euthanasieverzoek in te willigen (Dierickx et al. 2015). In dit verband moet ten eerste worden opgemerkt dat de bevroegde artsen meerdere redenen konden kiezen waarom ze een euthanasieverzoek al dan niet inwilligden. Levensmoeheid werd door 25,3 % van de artsen aangehaald als reden om een verzoek in te willigen, maar dit percentage omvat dus ook gevallen waarbij levensmoeheid een reden was naast andere redenen. Met andere woorden: we weten niet in hoeveel procent van de gevallen levensmoeheid de *enige reden* was. Ten tweede dient te worden vermeld dat de onderzoekers het begrip 'levensmoeheid' niet hebben gedefinieerd in deze studie, m.a.w. de invulling ervan werd aan de artsen-respondenten overgelaten.<sup>45</sup>

In Nederland blijken sommige artsen reeds euthanasie te hebben uitgevoerd bij patiënten die levensmoe zijn. Mette Rurup en collega's (Rurup et al. 2005) hebben een grootschalige interviewstudie verricht bij huisartsen, specialisten, en verpleeghuisartsen (i.e. gespecialiseerde palliatieve zorgsetting) over de frequentie van verzoeken tot euthanasie en medisch geassisteerde zelfdoding in gevallen waarbij geen sprake is van een ernstige aandoening. Uit deze studie bleek dat in Nederland jaarlijks ongeveer 400 mensen euthanasie of medisch geassisteerde zelfdoding vragen omdat ze levensmoe zijn. In tegenstelling tot de bovenvermelde Belgische studie, werd in deze interviewstudie wel een definitie van levensmoeheid vermeld. Dit begrip werd als volgt omschreven ten behoeve van de geïnterviewden:

*"Het gebeurt effectief dat patiënten niet meer willen leven, hoewel ze geen ernstige lichamelijke of psychiatrische aandoening hebben. Dit wordt soms omschreven als lijden aan het leven, klaar zijn met het leven of levensmoe zijn. Het is mogelijk dat de patiënt gezondheidsproblemen heeft - bijv. een chronische ziekte of ouderdomskwalen -, maar het kan evengoed zijn dat de patiënt gezond is."* (Rurup et al. 2005, p. 666, vertaling<sup>46</sup>)<sup>47</sup>

45 **Sommige leden** merken op dat de FCEE euthanasieaangiften waarbij de arts in het tekstvak 'precieze diagnose' levensmoeheid vermeldt, niet aanvaardt. De arts wordt er steeds aan herinnerd dat levensmoeheid niet als ernstige en ongeneeslijke aandoening mag worden beschouwd en hem of haar wordt gevraagd de ernstige en ongeneeslijke aandoening te vermelden waaraan de patiënt leed.

46 Originele versie in het Engels: "It does occur that patients do not want to continue living, whereas they do not have a severe physical or psychiatric disease. Sometimes this is referred to as suffering from life, being through with life or being tired of living. It is possible that the patient has health problems - e.g. a chronic illness or ailments of old age - it is also possible that the patient is healthy."

47 Ook de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft getracht dit begrip te definiëren en gebruikt in dit verband het label "lijden aan het leven": "lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of slechts een gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren,



Dertig procent van de bevroegde artsen verklaarde al ooit een dergelijk verzoek te hebben ontvangen, en 3% verklaarde reeds een verzoek te hebben ingewilligd in dergelijke gevallen. De verzoeken gericht aan huisartsen kwamen vooral van alleenstaande personen en 80-plussers. Hun problemen waren doorgaans van sociale aard, hoewel 79% van hen een of meerdere niet-ernstige aandoeningen had, zoals artrose, slecht zien, slecht horen, spijsverteringsproblemen, etc. De meeste huisartsen weigerden dergelijke verzoeken, naar eigen zeggen vooral omdat er geen sprake was van een ernstige aandoening en omdat het lijden van de persoon niet tot het medische domein behoorde. De helft van de huisartsen stelde een andere interventie voor, die doorgaans werd geweigerd door de patiënt.

## D.5.2. Empirische studie over voltooid leven

Els van Wijngaarden, onderzoeker aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht, heeft kwalitatief empirisch onderzoek gedaan naar “de essentie van de geleefde ervaring van ouderen die hun leven als voltooid beschouwen en de wens hebben om hun levenseinde zelf te regisseren (zonder dat zij lijden aan een levensbedreigende ziekte of een psychiatrische stoornis)” (van Wijngaarden 2016b, p. 278). Zij heeft diepte-interviews afgenomen bij 25 wilsbekwame ouderen, zonder terminale ziekte of (gediagnosticeerde) psychiatrische stoornis, waarvan 14 vrouwen en 11 mannen, met een leeftijd variërend van 67 tot 99 jaar. Bij sommige ouderen was er sprake van een opeenstapeling van ouderdomsklachten, anderen voelden zich nog fysiek fit, maar leden onder het vooruitzicht van die klachten. In haar (fenomenologische) onderzoeksbenadering staat de subjectieve ervaringswereld centraal: wat is de geleefde ervaring en welke rode draad doorheen de verhalen en ervaringen van deze ouderen kan verklaren dat zij hun leven niet langer de moeite waard vinden om te leven?

In haar onderzoek omschrijft zij de essentie van voltooid leven als volgt

*“een kluwen van onvermogen en onwil om nog langer verbinding te maken met het leven. Dit proces van losraken en vervreemding (van de wereld, anderen en jezelf) levert permanente spanning en verzet op, en versterkt het verlangen om het leven te beëindigen.” (van Wijngaarden 2016b, p. 280).*

Deze “ervaring van losraken” komt terug onder de vorm van vijf thema’s in alle verhalen:

- 1. een diep gevoel van existentiële eenzaamheid: het lukt ouderen niet meer om echt verbinding te maken;*
- 2. het gevoel er niet meer toe te doen: ze staan aan de zijlijn; uitgerangeerd;*
- 3. een groeiend onvermogen tot zelfexpressie: ouderen hebben de ervaring dat zij zich niet meer kunnen uiten op de voor hen zo kenmerkende wijze;*

---

hetgeen aanleiding geeft tot een persisterend doodsverlangen, terwijl ter verklaring voor de afwezigheid of gebrektheid in kwaliteit van leven niet of niet in overwegende mate een somatische of psychische aandoening kan worden aangewezen”. (KNMG 2004)

4. *existentiële en lichamelijke moeheid van het leven: ouderen zijn moe vanwege lichamelijke problemen waarmee de ouderdom gepaard gaat, maar in veel gevallen is er ook sprake van existentiële moeheid en verveling;*
5. *een innerlijke afkeer van en weerstand tegen (gevreesde) afhankelijkheid. (van Wijngaarden 2016b, uittreksels van p. 280-281)*

De kern van eenzaamheid die zij in alle verhalen terugvindt, omschrijft zij in haar boek *Voltooid leven: over leven en willen sterven* (van Wijngaarden 2016a) als volgt: *“Ze ervaren steeds minder samenhang en verbondenheid met anderen en met het leven zelf. Ze voelen zich afgescheiden en teruggeworpen op zichzelf.”*(p. 25) *“Ze verlangen nog wel naar diepgaand contact, maar tegelijkertijd kunnen of willen ze het niet meer aangaan.”* (p. 38)

Het gevoel er niet meer toe te doen, maatschappelijk aan de zijlijn te staan of afgeschreven te zijn, kortom dit verlies aan status doet hun gevoel van betekenis, van levenszin volledig verdwijnen (p. 61). In een prestatie maatschappij hangt sociale waardigheid en de perceptie van de eigen waardigheid nauw samen met wat men doet in het leven (pp. 66-68). Dit gevoel van verlies van waardigheid wordt bevestigd door anderen. Volgens Els van Wijngaarden staan *“[v]erhalen van zinloosheid in de ouderdom [...] niet los van hoe wij kijken naar en omgaan met ouderdom en kwetsbaarheid”* (p. 69).

Het gevoel bij deze ouderen dat ze steeds minder kunnen laten zien van wie ze zijn (zelfexpressie), maakt dat ze een verlies van eigenheid ervaren (p. 71). Het ideaalbeeld van de maakbare identiteit wordt verstoord: verlieservaringen, ontgoocheling, ouderdomsgebreken, aftakeling kunnen leiden tot een geschonden zelfbeeld (p. 89).

Deze ouderen zijn moe vanwege lichamelijke ouderdomsklachten en ervaren vaak ook verveling en existentiële moeheid (p. 93). Een loutere klinische benadering of medicalisering en psychologisering van hun bestaansmoeheid (*“Is hier niet gewoon sprake van een depressie?”* p. 116) roept bij hen weerstand op omdat zij zichzelf niet in dat beeld - verengd tot een probleem, een mogelijke diagnose - herkennen (p. 117). Bovendien impliceert deze psychopathologische blik *“de neiging om de stervenswens als een strikt individuele aangelegenheid te bekijken”* (p. 120). Voor een goed begrip van de stervenswens moeten echter ook sociale en culturele aspecten zoals *“eenzaamheid, sociaal isolement, marginalisatie, maatschappelijke uitsluiting en stigmatisering”* worden onderkend (p. 120).

Ten slotte, ervaren deze ouderen, volgens deze studie, *“angst om afhankelijk te worden van anderen en de controle uit handen te moeten geven, terwijl ze niet zeker weten of hun belangen straks wel goed behartigd worden (...) er is sprake van een diepe schaamte en weerzin ten aanzien van hun eigen aftakelende lichaam en de afhankelijkheid die daarmee gepaard gaat”*

(p. 123). Enerzijds zijn er kwetsbaarheden die de ouderdom met zich meebrengt, wat men inherente kwetsbaarheid noemt. Maar er is ook situationele kwetsbaarheid die te maken heeft met hoe de wereld om je heen is ingericht, met sociaal-politieke keuzes en daar ligt een maatschappelijke vraag: *“Hoe willen we met situationele kwetsbaarheid en afhankelijkheid omgaan? Wat hebben we er als maatschappij voor over om deze kwetsbaarheden te verminderen? Investeren we of bezuinigen we? Wat als kwetsbaarheid en afhankelijkheid minder gestigmatiseerd zouden zijn? Wat zou het effect zijn op de stervenswens?”* (p. 146).

## D.6. Ethische discussie

### D.6.1. Implicaties (voor de euthanasievraag) van het weigeren van behandeling

Sluit een patiënt die een behandeling weigert zichzelf uit van de mogelijkheid van inwilliging van zijn/haar euthanasieverzoek?<sup>48</sup> Een patiënt mag altijd behandelingen weigeren, in overeenstemming met de wet betreffende de rechten van de patiënt. De vraag is echter: kan een patiënt die een behandeling voor zijn/haar aandoening weigert, nog voldoen aan de wettelijke voorwaarden van een ernstige en ongeneeslijke aandoening en een medisch uitzichtloze situatie? Het is duidelijk dat de patiënt een experimentele therapie mag weigeren en niettemin zijn recht behoudt om euthanasie te vragen. Hij/zij kan ook weigeren in te gaan op een voorgestelde behandeling die geen enkel voordeel voor zijn gezondheid zou inhouden. Maar wat als hij/zij een behandeling weigert die dat voordeel wél inhoudt of die wordt verondersteld dat voordeel in te houden? Deze vraag ligt bijzonder gevoelig in de psychiatrie waar de therapeutische effecten vaak veel onzekerder zijn dan in de somatische geneeskunde.

Zoals hoger vermeld heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een Richtlijn uitgevaardigd over omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. In deze Richtlijn wordt ook uitvoerig ingegaan op deze kwestie van weigering van voorgestelde behandelingen. Meer bepaald wordt in deze Richtlijn het volgende standpunt uitgedrukt:

*“Dilemma’s kunnen ontstaan wanneer de patiënt de voorgestelde behandeling weigert. [...] Bepaalde behandelingen mogen naar de mening van de commissie nooit geweigerd worden. Dat geldt in ieder geval voor biologisch-psychiatrische behandelingen in alle geïndiceerde gevallen, vanwege het betrekkelijk snel te verwachten effect en de zelden ernstige bijwerkingen. De psychiater zal zich echter moeten afvragen hoe andere, meer ingrijpende behandelingen die hij voorstelt, het lijden van de patiënt zouden kunnen beïnvloeden. Uiteraard gaat het daarbij om een*

---

48 Wat betreft het weigeren van behandelingen merken sommige leden op dat zij in het kader van de expertengetuigenissen in de beperkte commissie vernamen dat sommige geriatrische patiënten die euthanasie vragen, zich niet in een medisch uitzichtloze situatie bevinden, maar dat zij elke therapie die door de arts wordt voorgesteld weigeren en dan beweren zich in een medisch uitzichtloze toestand te bevinden.

*inschatting van kansen, mogelijkheden en waarschijnlijkheden, en niet om zekerheden. De volgende vraag is dan: zal de patiënt de eventuele verbetering zelf als waardevol ervaren? Daarbij spelen zijn waarden, normen en levensdoelen een rol [...]. Als de psychiater redelijkerwijs kan aannemen dat de patiënt zijn lijden ook dan nog als ondraaglijk zal blijven ervaren dan wordt de behandelweigering aanvaardbaar. In een dergelijk geval hoeft de weigering hulp bij zelfdoding niet uit te sluiten.*

*In een individueel geval kan de psychiater daarbij tot de conclusie komen dat de verhouding tussen belasting en te verwachten resultaten van de voorgestelde behandeling niet redelijk is. Een voorbeeld is een ernstig getraumatiseerde, snel desintegrerende patiënt die al vele malen opgenomen is geweest, inmiddels psychofarmacologisch resistent is gebleken en ook meermalen psychotherapeutisch is behandeld, en nu een nieuwe langdurige klinische behandeling in een topreferentiekliniek weigert. Als de reeds toegepaste behandelingen volgens de state of the art zijn uitgevoerd, hoeft de behandelweigering hulp bij zelfdoding niet in de weg te staan.”<sup>49</sup>*

Aan deze richtlijn wordt overigens aanzienlijk gewicht toegekend. Hoewel zij zich in eerste instantie richt tot psychiaters, melden de Regionale Toetsingscommissies het volgende:

*“In het Algemeen Overleg van november 2014 heeft de Minister van VWS [Volksgezondheid, Welzijn en Sport] de wens te kennen gegeven dat de Richtlijn van de NVvP op alle arts en van toepassing wordt verklaard.” (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Jaarverslag 2014, p.9)*

Binnen het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek is er **consensus** (1) dat het tot de verantwoordelijkheid van de arts behoort om te oordelen over de ongeneeslijkheid van een ernstige door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening en (2) dat, daarentegen, de beoordeling of het fysiek of psychisch lijden al dan niet aanhoudend en ondraaglijk is, bij de patiënt ligt. Om te bepalen of een patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie bevindt, verwijst de wet ook naar de voorwaarde dat het ‘lijden niet gelenigd kan worden’. Over de interpretatie hiervan lopen de meningen uiteen: wie beslist uitiem of het lijden wel of niet lenigbaar is, de arts of de patiënt? Voor **sommige leden** moeten de aspecten ‘ondraaglijkheid’ en ‘onlenigbaarheid’ van het lijden duidelijk onderscheiden worden: daar waar (on)draaglijkheid van het lijden een subjectieve parameter is, is (on)lenigbaarheid van het lijden een objectieve parameter. Voor **andere leden** gaat het om twee aspecten van het lijden die met elkaar verweven zijn. In geval van psychiatrische aandoeningen is het vooral over het al dan niet nog lenigbaar zijn van het lijden dat er in concrete situaties discussie bestaat.

---

49 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Commissie Hulp bij Zelfdoding (2009), Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis, pp. 39-40.

### D.6.1.1. De arts is verantwoordelijk voor de ultieme beslissing of het lijden van de patiënt al dan niet gelenigd kan worden

De leden die benadrukken dat het aspect ‘ondraaglijkheid’ van het lijden een subjectieve en het aspect ‘onlenigbaarheid’ van het lijden een objectieve parameter is, stellen voorop dat de toestand van een patiënt slechts als medisch uitzichtloos kan worden beschouwd als de patiënt alle bewezen werkzame therapieën heeft gekregen in overeenstemming met de *state of the art*. De arts moet dit uitleggen aan, en bespreken met de patiënt, maar kan daarenboven de verantwoordelijkheid voor de interpretatie van het wettelijk criterium dat het lijden niet-lenigbaar moet zijn, niet delegeren aan de patiënt. Er is immers medische expertise nodig om te kunnen inschatten of het lijden *ten gevolge van een door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening* wel of niet kan worden gelenigd. Deze leden menen dat zowel het beoordelen van de ernst en de ongeneeslijkheid van een door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, als nagaan of het lijden van de patiënt wel of niet kan gelenigd worden, medische, objectieve aangelegenheden zijn. Dit geldt zowel voor fysiek als voor psychisch lijden.

Specifiek voor psychiatrische aandoeningen verwijzen zij naar de cascade zoals voorzien in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: slechts na toepassing van zowel alle geïndiceerde biologische en psychotherapeutische behandelingen als van sociale interventies die het lijden draaglijker kunnen maken, kan een patiënt als onbehandelbaar worden beschouwd. Wanneer de patiënt een behandelalgoritme in overeenstemming met de *state of the art* weigert, bijvoorbeeld een depressieve patiënt die elektroconvulsietherapie weigert, zijn de wettelijke voorwaarden niet vervuld en is euthanasie dus niet mogelijk. Uiteraard kan elke patiënt een behandelingsvoorstel weigeren dat niet in overeenstemming is met de *state of the art*.

Deze leden merken tevens op dat therapieresistentie bij een patiënt met een psychiatrische aandoening niet noodzakelijk betekent dat deze zich in een medisch uitzichtloze situatie bevindt: de toestand van sommige patiënten kan op langere termijn verbeteren zonder dat men weet hoe die verbetering tot stand is gekomen. Artsen blijven hun patiënt verder begeleiden en kunnen behandelingsvoorstellen voorleggen.

Deze leden vinden bovendien dat de procedure waarbij euthanasie bij een psychiatrische aandoening kan verkregen worden, te licht is: drie artsen waarvan maar één psychiater moet zijn, kunnen nu volgens de huidige wet beslissen dat een patiënt voldoet aan de wettelijke criteria voor euthanasie. Als men dat vergelijkt met de zware criteria en procedure die worden gehanteerd voor psychochirurgie,<sup>50</sup> stellen deze leden zich de vraag of de wettelijke criteria

---

<sup>50</sup> Het roept **volgens deze leden** ernstige vragen op dat in ons land de voorwaarden voor euthanasie vager en meer voor interpretatie vatbaar zijn dan de voorwaarden voor een van de meest ingrijpende maar zeer uitzonderlijke behandelingen in psychiatrie: de psychochirurgische ingreep van diepe hersenstimulatie. Iemand met een

voor euthanasie wel voldoende garanties op zorgvuldigheid bieden. Deze leden wensen dat de criteria en procedures die voor dergelijke behandelingen zijn voorzien, ook voor euthanasieaanvragen worden gevolgd.

**Sommigen onder deze leden** zijn beducht voor een evolutie waarbij de beslissing over medische uitzichtloosheid door sommige Belgische commentatoren wel in ruimere mate lijkt te worden overgelaten aan de patiënt. Ze verwijzen naar een academisch artikel uit 2015 over euthanasieverzoeken van 100 psychiatrische patiënten, waarin de gevolgde procedure als volgt wordt uitgelegd:<sup>51</sup>

*“Er moet bij elk euthanasievraag via verschillende consultaties een grondige beoordeling gebeuren van de specifieke doorslaggevende elementen en voorwaarden van ‘ondraaglijk en onbehandelbaar psychisch lijden’. LT verifieerde de psychiatrische diagnoses, geestesgesteldheid en voorgeschiedenis van elke patiënt na overleg met de behandelende arts(en), onderwierp het dossier aan een uitgebreide beoordeling en maakte een complete psychiatrische evaluatie van de patiënt.*

*Alle therapeutische mogelijkheden die het lijden kunnen verlichten, waaronder palliatieve zorg, moeten worden besproken met de patiënten en hun artsen. LT gebruikte voor deze besprekingen de volgende NVvP-richtlijnen [Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie] betreffende deze therapeutische opties: (a) de therapie moet een reële kans op verbetering bieden, (b) het moet mogelijk zijn om een geschikte behandeling binnen een redelijke termijn te starten en (c) er moet een aanvaardbaar evenwicht zijn tussen de verwachte resultaten en de behandelingsdruk voor de patiënt.*

*Alle procedurele aspecten moeten worden uitgelegd aan en besproken met de patiënt. Alleen als de patiënt herhaaldelijk de wens uitdrukt om te sterven en de arts of psychiater van de patiënt aangeeft dat de redenen voor deze wens voldoende concreet*

---

ernstige, onbehandelbare psychiatrische aandoening, komt slechts voor diepe hersenstimulatie in aanmerking als een commissie experts geoordeeld heeft dat de diagnose klopt en dat een hele lijst goed onderzochte behandelingen geprobeerd zijn. Deze lijst wordt zorgvuldig samengesteld door een panel van experts en is wetenschappelijk onderbouwd. Dit is een concrete en objectieve invulling van de voorwaarde ‘medische uitzichtloosheid’.

51 **Deze leden** menen overigens dat dit initiatief om op een transparante wijze over de evaluatie van euthanasieverzoeken uit de eigen praktijk te publiceren moet worden toegejuicht.

*en redelijk zijn, zal het formele euthanasieverzoek worden ingediend en de planning gestart. [...]” (Thienpont et al. 2015, vertaling<sup>52</sup>)<sup>53</sup>*

Ook al verwijst dit artikel naar de Richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de gevolgde procedure *wijkt volgens deze leden duidelijk af van die Richtlijn* daar er een groot verschil bestaat tussen:

- enerzijds, het **bespreken met de patiënt** van “alle therapeutische opties die het lijden zouden kunnen verlichten” en, als de patiënt het euthanasieverzoek blijft herhalen, het tot het besluit komen dat de redenen van de patiënt invoelbaar en redelijk zijn (de procedure beschreven door Thienpont et al.); en
- anderzijds, een patiënt pas als onbehandelbaar beschouwen “als de volgende interventies zijn **uitgeprobeerd**: alle geïndiceerde reguliere biologische behandelingen; alle geïndiceerde psychotherapeutische behandelingen; sociale interventies die het lijden draaglijker kunnen maken” (de procedure voorgeschreven door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, zie hoger)

Citaten uit het boek van L. Thienpont “Libera me”<sup>54</sup>, illustreren volgens deze leden duidelijk dit belangrijk verschil in nuance:

*“Door de lange uitputtende zoektocht komt voor sommige patiënten een aanvullend onderzoek of een nieuw behandelingsvoorstel te laat. Ze zijn moegestreden. Een probleem kan dan ontstaan, als de patiënt, bijvoorbeeld door het lange tijdsverloop, zo gedemoraliseerd is geraakt dat hij of zij niet meer te motiveren is voor de nieuwe behandeling die volgens de state of the art wel uitzicht op herstel of verbetering zou kunnen bieden.” (p. 53)*

---

52 Originele versie: “There must be a thorough evaluation through multiple consultations regarding the specific determinants and conditions of ‘unbearable and untreatable psychological suffering’ in each case. LT ascertained the psychiatric diagnoses, mental state and history of each patient after consultation with the treating practitioner(s), and made a thorough review of the case file and full psychiatric evaluation of the patient.

All therapeutic options that could alleviate suffering, including palliative care, must be discussed with the patients and their practitioners. For these discussions, LT used the following NVvP [Dutch Psychiatric Association] guidelines about these therapeutic options: (a) the therapy must offer a real prospect of improvement, (b) it must be possible to administer adequate treatment within a reasonable period of time and (c) there must be a reasonable balance between the expected results and the treatment burden for the patient.

All procedural aspects should be explained to, and discussed with, the patient. Only when the patient repeatedly expresses the wish to die, and the patient's physician or psychiatrist indicates that the patient's reasons for this wish are sufficiently tangible and reasonable, will the formal request for euthanasia be filed and the planning begin. [...]”

53 Er wordt ook nog een vierde aspect vermeld i.v.m. het contacteren van familieleden indien de patiënt hierom verzoekt, maar dat aspect is in deze context niet relevant.

54 *Libera me. Over euthanasie en psychisch lijden: twaalf jaar in gesprek met patiënten die vragen om euthanasie omwille van ondraaglijk en perspectiefloos psychisch lijden; getuigenissen en reflecties*, Lieve Thienpont, Witsand Uitgevers, 2015, 263 p.

En:

*“Op een bepaald moment moeten we kunnen toegeven dat we niet bij machte zijn iemand te helpen een betere kwaliteit van leven op te bouwen, hetzij dat we niets meer te bieden hebben, hetzij dat de patiënt op geen enkel behandelingsvoorstel meer wenst in te gaan.” (p. 54)*

**Nog steeds sommigen onder deze leden** menen dat ook een passage uit het zesde verslag 2012-2013 van de Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie (FCEE) lijkt te suggereren dat de patiënt in de praktijk uiteindelijk over de onlenigbaarheid van het lijden mag oordelen:

*“In sommige gevallen was er sprake van een weigering van behandeling: hierover werd een discussie gevoerd in de commissie. Men kwam tot een consensus: de patiënt behoudt de mogelijkheid tot euthanasie op voorwaarde dat de weigering van behandeling betrekking heeft op een niet curatieve behandeling van de aandoening of op een behandeling die ernstige bijwerkingen heeft.” (p. 15)*

*“Wat betreft de vraag of het lijden al dan niet gelenigd kan worden, moet men rekening houden met het recht van de patiënt om een pijnbehandeling of zelfs palliatieve zorg te weigeren, bv. **wanneer deze behandeling bijwerkingen of toepassingswijzen zou inhouden die hij als ondraaglijk beschouwt.**” (p. 55, nadruk toegevoegd)*

Deze leden vinden deze laatste in het vet gemarkeerde zin voor interpretatie vatbaar en daardoor veel te vrijblijvend. Mocht de zin zich beperken tot “wanneer deze behandeling bijwerkingen zou inhouden die hij als ondraaglijk beschouwt”, dan was het duidelijk dat de behandeling reeds geprobeerd geweest moet zijn bij de patiënt in kwestie : bijwerkingen komen pas aan het licht bij toepassing van een behandeling. Bovengenoemde zin kan volgens deze leden suggereren dat bijvoorbeeld een patiënt met een ernstige depressie die nog geen elektroshocktherapie heeft ontvangen en deze therapie weigert, toch in aanmerking komt voor euthanasie. Deze suggereert volgens hen zelfs dat een patiënt na een eerste antidepressivum kan vinden dat zijn/haar lijden niet kan worden gelenigd, geen tweede antidepressivum wil proberen en niettemin een arts bereid kan vinden tot euthanasie over te gaan. Door toevoeging van “of toepassingswijzen” suggereert, volgens deze leden, de zin in kwestie wel degelijk dat de patiënt toch in aanmerking kan komen voor euthanasie. Deze leden geven de voorkeur aan de hogerop geciteerde striktere formulering in de Nederlandse richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Deze leden menen dat artsen hun klinische en ethische verantwoordelijkheid moeten nemen in plaats van dat over te laten aan de patiënt. Laatstgenoemde werkwijze laat hen wellicht toe



om eventuele ethische twijfels die bij hen kunnen rijzen, te beantwoorden met de bedenking 'dat is wat de patiënt wil, wie ben ik om daar iets tegen in te brengen?'. Volgens deze leden is het echter simplistisch en onwenselijk wanneer artsen op dergelijke wijze hun klinische en ethische verantwoordelijkheid delegeren in naam van een eenzijdige interpretatie van zelfbeschikking. Het overlaten van de uiteindelijke beslissing over de medische uitzichtloosheid aan de patiënt, ook al zijn nog niet alle redelijke behandelingen beproefd, ligt volgens deze leden ook aan de basis van de negatieve reacties van en discussies met familieleden die na een euthanasieprocedure kunnen ontstaan. Deze discussies halen regelmatig de binnenlandse en zelfs de internationale pers<sup>55</sup>.

#### **D.6.1.2. De arts is verantwoordelijk voor de diagnose van de (on)geneeslijkheid van de aandoening, de patiënt heeft het laatste woord over het ondraaglijke karakter van het lijden, en het (on)lenigbare karakter van het lijden wordt bepaald op basis van een diepgaande en constante dialoog tussen de patiënt en diens arts**

**Andere leden** herinneren eraan dat een therapeutisch voorstel en/of een medische oplossing om het lijden te verzachten, de arts niet de bevoegdheid geven om te beslissen of dat lijden al dan niet ondraaglijk is. Uiteindelijk blijft het de patiënt die hierover beslist, maar altijd in het kader van een constante en open dialoog met zijn arts. In de mate dat het lijden in nauw verband staat met de onderliggende aandoening en de daarvoor aanbevolen behandeling, menen deze leden dat het probleem van het lijden zowel door de arts als door de patiënt nooit volledig los gezien kan worden van de therapeutische beslissing. En omgekeerd wordt bij het nemen van beslissingen over behandelingen op basis van wetenschappelijk bewijs, altijd op een of andere manier rekening gehouden met het lijden dat ze veroorzaken. De arts neemt beslissingen na overleg met anderen of na zorgvuldige persoonlijke afweging, en zoekt altijd een evenwicht tussen de verhoopde voordelen van de behandelingen en het lijden dat ze veroorzaken. Net over dat laatste aspect heeft de patiënt wel degelijk iets te zeggen. De patiënt komt in vele gevallen tussen in de therapeutische beslissingen die hem aangaan, omdat hij/zij actueel of toekomstig lijden wil vermijden, bv. omdat hij/zij het in het verleden al heeft ervaren. Het is ook om deze reden dat hij/zij een behandeling, soms de zoveelste op rij, kan weigeren. Dit is een weigering die de arts perfect kan begrijpen, zonder er *a priori* vanuit te gaan dat het gaat om een soort irrationele reflex in hoofde van de patiënt. Deze leden zijn het dus wel eens over het feit dat de arts de ongeneeslijkheid van een aandoening moet

---

55 Zie bv. het artikel in *The New Yorker* zie.: Aviv, Rachel 2015. "The Death Treatment. Why should people with a non-terminal illness be helped to die?" in *The New Yorker*, June 22, 2015: (<http://www.newyorker.com/magazine/2015/06/22/the-death-treatment>).

**Andere leden** willen er op wijzen dat men zeer voorzichtig moet zijn met het citeren van de kritiek in de buitenlandse pers. In het begin van dit advies werd trouwens gesteld dat men moet oppassen voor het mediatiseren van sommige gevallen die niet voldoende gedocumenteerd zijn.

beoordelen. Wanneer een patiënt euthanasie vraagt, vinden zij het anderzijds uiterst belangrijk dat gestreefd wordt naar een dialoog met deze persoon. In die dialoog moet met een zo groot mogelijk inlevingsvermogen rekening worden gehouden met het lijden van de patiënt.

Deze leden zijn van mening dat het voorgaande geenszins suggereert dat de beoordeling van de onlenigbare aard van het lijden aan de patiënt wordt overgelaten. Het is evident dat alleen de arts over de vereiste kennis beschikt om het lijden medisch te verzachten. Deze leden benadrukken echter het belang van de dialoog tussen de arts en de patiënt. Lijden is per definitie subjectief en het ondraaglijke karakter van het lijden hangt nauw samen met het constante karakter ervan, hetgeen de patiënt ertoe brengt dit lijden te beschouwen als uitzichtloos en onlenigbaar<sup>56</sup>. De perceptie door de patiënt van het al of niet onlenigbare karakter van het lijden wordt gevormd door de dialoog die hij/zij met zijn/haar arts voert, in de loop waarvan die laatste de mogelijke oplossingen met de patiënt bespreekt.

Deze leden hameren op het feit dat volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de weigering van een zoveelste behandeling - waarvan niets zegt dat die niet volledig objectief is - niets afdoet aan het recht van de patiënt om om euthanasie te verzoeken. De patiënt van wie sprake is, is degene die "psychofarmacologisch resistent" is gebleken en die reeds *meerdere malen* psychotherapeutisch is behandeld. Wat hier pertinent is, is dus niet de "objectiviteit van de behandeling", maar de geaccumuleerde mate van lijden die een arts als mens zal kunnen begrijpen en waaraan de arts voorrang zal geven op het arsenaal aan therapeutische behandelingen, een arsenaal dat volgens sommigen eigenlijk onbeperkt is, en met name in het psychiatrische domein. Volgens deze leden moet een dergelijke houding van de arts niet zonder verdere nuance als delegatie van zijn verantwoordelijkheden worden gezien, maar kan ze juist de manifestatie zijn van ootmoed ten dienste van de menswaardigheid in hoofde van zijn patiënt. Voor hen maakt deze bijzondere luisterbereidheid waarvan de arts blijk geeft, integraal deel uit van de dialoog met de patiënt en is die zelfs de voornaamste reden voor deze dialoog.

---

56 Het is soms moeilijk om het lijden van de mens vanuit een medisch standpunt en op basis van louter medische criteria te classificeren. De artsen die moeten reageren op bepaalde verzoeken zijn niet meer of minder gekwalificeerd dan andere personen om de 'existentiële' kwaliteit van leven van patiënten te beoordelen. Ze zouden zich nederig kunnen afvragen: "Wie ben ik om te bepalen welk leven het leven waard is en om de ontvankelijkheid van een dergelijk verzoek te beoordelen?" Het is al moeilijk om deze vraag te beantwoorden als het om fysiek of psychisch lijden gaat, of zelfs bij een combinatie van de twee, terwijl dit tot het vakgebied en de expertise van de arts behoort. Wat moet men dan zeggen als het om existentieel lijden gaat, wat in essentie niet meetbaar is?"

## D.6.2. Het debat over levensmoeheid

Het probleem van levensmoeheid (i.e. gevallen van personen die een stervensverlangen hebben dat niet voortvloeit uit hun medische situatie maar wel uit het feit dat de persoon het gevoel heeft dat zijn/haar leven voltooid is en het leven moe is) is uiterst relevant in het kader van dit advies, aangezien levensmoeheid zonder enige twijfel gepaard kan gaan met psychisch lijden en dat lijden kan aanhoudend en ondraaglijk zijn. De vraag stelt zich dus of levensmoeheid een voorbeeld kan zijn van psychisch lijden in de zin waarin dit begrip wordt gebruikt in de Belgische Euthanasiewet.

### D.6.2.1. Het debat in Nederland: de zaak Brongersma (2002) en het adviesrapport 'voltooid leven' (2016)

De reden waarom het **Nederlandse debat** over euthanasie en levensmoeheid in dit advies wordt besproken is dat deze kwestie in Nederland al meerdere jaren wordt onderzocht en regelmatig in het maatschappelijk debat terugkeert.

De eerste verwijzing naar de notie levensmoeheid is te vinden in de zaak-Brongersma<sup>57</sup> genoemd naar de Nederlandse oud-politicus die in 1998 via hulp bij zelfdoding overleed. Zijn behandelend arts Sutorius voerde levensmoeheid aan om de hulp bij zelfdoding te rechtvaardigen.

Deze zaak werd op 24 december 2002 afgesloten door de Hoge Raad, waarbij de Hoge Raad het door Sutorius ingediende beroep verwierp, stellende dat hij niet van overmacht kon spreken in afwezigheid van een indicatie van een medische aandoening.

In de context van dit advies is het belangrijkste aspect van dit arrest van het hoogste gerechtshof van Nederland het feit dat het Hof oordeelde dat euthanasie alleen wettelijk kan zijn als het lijden van de persoon veroorzaakt wordt door "*medisch geclassificeerde somatische of psychische ziekten en aandoeningen*"<sup>58</sup>.

Het debat is in Nederland opnieuw geopend. Het Nederlandse parlement heeft zich gebogen over het vraagstuk van hulp bij zelfdoding voor personen die hun leven als voltooid

---

57 Hoge Raad, 24 december 2002.

58 Het Hof citeerde de volgende cruciale passages uit de voorbereidende werken van de Nederlandse Euthanasiewet: "[Met de term] mensen die klaar zijn met het leven ... wordt doorgaans bedoeld op mensen die veelal op hoge leeftijd zijn en die, zonder dat zij overigens in medisch opzicht lijden aan een onbehandelbare en met ernstig lijden gepaard gaande ziekte of aandoening, voor zichzelf hebben vastgesteld dat voor henzelf de waarde van het leven zodanig is afgenomen dat zij de dood verkiezen boven verder leven. ... Deze situatie beoogt dit wetsvoorstel niet te regelen. ... Wij gaan uitdrukkelijk niet zover dat wij van mening zijn dat eenieder die geen levenswil meer heeft, dan ook de mogelijkheid moet hebben om het leven te (doen) beëindigen." (Nota naar aanleiding van het Verslag, Kamerstukken II 1999-2000, 26691, nr. 6, blz. 30).  
"Wel is het zaak dat in de samenleving aandacht besteed wordt aan dergelijke signalen, waarachter een vraag om aandacht of hulp schuil kan gaan." (Minister van Justitie Korthals tijdens een wetgevingsoverleg van de vaste commissies voor Justitie en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 30 oktober 2000, Kamerstukken II 2000-2001, 26691, nr. 22, blz. 59-60).  
"Dit wetsvoorstel beperkt zich immers tot die zaken waarin een arts zich op grond van zijn medische deskundigheid een oordeel over het lijden kan vormen." (Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Borst-Eilers, Handelingen II 23 november 2000, TK 27-2254).

beschouwen. Op 4 februari 2016 heeft een commissie van wijzen onder het voorzitterschap van professor Schnabel – i.e. Adviescommissie “voltooid leven” - een gedetailleerd rapport hierover opgesteld.<sup>59</sup> Deze Adviescommissie onderscheidt vier situaties van ‘voltooid leven’ (p. 12):

1. situaties die al onder de huidige reikwijdte van de WTL (Wet Toetsing Levensbeëindiging) vallen, namelijk waarbij er sprake is van lijden met een in overwegende mate medische grondslag; het advies heeft hier geen betrekking op;
2. situaties die als ‘grensgevallen’ worden beschouwd, omdat minder duidelijk is of het lijden in overwegende mate een medische grondslag heeft;
3. situaties waarbij geen sprake is van lijden met een medische grondslag;
4. situaties waarbij [zelfs] geen sprake is van lijden.”

Op de vraag of er nood is om de WTL te wijzigen voor situaties van ‘voltooid leven’, antwoordde de Adviescommissie dat de WTL niet moet worden gewijzigd:

*“(…) [D]e WTL [functioneert] goed en [er] is (…) sprake van een zorgvuldige praktijk. Ook is gebleken dat de WTL door de algemene formulering van de zorgvuldigheidseisen al veel ruimte biedt. Naar de huidige opvatting – zoals voorgestaan door de RTE’s (Regionale Toetsingscommissie Euthanasie) en de KNMG – kan een stapeling van ouderdomsklachten oorzaak van uitzichtloos en ondraaglijk lijden zijn in de zin van de WTL. Het lijden dient wel in overwegende mate een medische grondslag te hebben. Niet is vereist dat er sprake is van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening.” (p. 215)*

Het besluit van de Adviescommissie “voltooid leven” is dat “de WTL in de huidige vorm voldoende ruimte biedt voor het merendeel van de mensen wier lijden in relatie staat tot de beleving van het eigen leven als ‘voltooid’ en die gerekend kunnen worden” tot de tweede categorie. Die ruimte is er evenwel niet voor de situaties beschreven in de derde en vierde categorie (p. 230-231).

Het besluit van deze Adviescommissie heeft echter een nieuwe polemiek uitgelokt, en heeft in oktober 2016 aanleiding gegeven tot een kabinetsreactie<sup>60</sup> van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevr. Schippers, en van dhr. Van der Steur, minister van Veiligheid en Justitie. In hun brief is sprake van het voorzien van een apart wettelijk kader voor hulp bij zelfdoding - i.e. losstaand van de bestaande WTL of wet over levensbeëindiging op verzoek (WTL)- voor mensen die hun leven als voltooid beschouwen en zich in situaties 3 of 4

---

59 Adviescommissie voltooid leven. “Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten.” Den Haag, januari 2016, 233 p., beschikbaar op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/documenten/rapporten/2016/02/04/rapport-adviescommissie-voltooid-leven>.

60 Zie <https://rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/10/12/kabinet-ruimte-voor-hulp-bij-zelfdoding-bij-voltooid-leven>.

van het rapport van de Adviescommissie “voltooid leven” bevinden.<sup>61</sup> De ministers stellen enerzijds dat autonomie “*uiteraard geen absolute waarde*” is, maar anderzijds dat “*wanneer mensen geen levensperspectief meer hebben en als gevolg daarvan een persistente, actieve doodswens hebben ontwikkeld [...] de rationale van de beschermwaardigheid van het leven onder druk staat, doordat het leven voor henzelf geen waarde meer heeft.*” (kabinetbrief p. 6).

Maar ook het kabinetsvoorstel is in Nederland controversieel. Zo berichtte<sup>62</sup> de Nederlandse artsvereniging KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst), op 29 maart 2017 het volgende: “*Voor de medische beroepsgroep is het invoelbaar dat mensen zekerheid en geruststelling willen als het gaat om het eigen levenseinde, voor dat moment of de toekomst. Maar een aparte ‘voltooid leven’-wet naast de huidige euthanasiewet kent teveel risico’s en nadelen en is daarom onwenselijk.*” Voor de KNMG is het “*een maatschappelijk vraagstuk hoe we op een respectvolle en passende manier kunnen omgaan met de situatie dat een oudere een gevoel van zinloosheid ervaart en lijdt aan het leven*”. De artsenfederatie is bezorgd dat “*het invoeren van een dergelijke wet kan leiden tot ongewenste maatschappelijke effecten zoals gevoelens van onveiligheid onder ouderen en stigmatisering van ouderdom. In plaats van een nieuwe weg naar hulp bij zelfdoding te openen*” acht de KNMG het verkieslijker om te investeren in “*meer onderzoek ter ondersteuning van andere oplossingsrichtingen dan de nu door het kabinet gekozen richting*”. De KNMG is ook van oordeel dat een andere wet naast de euthanasiewet (WTL) de bestaande zorgvuldige euthanasiepraktijk zal uithollen.

#### **D.6.2.2. Hoeveel ruimte voor zorgverleners om het toepassingsgebied van de Euthanasiewet zelf te interpreteren ?**

In het rapport van de Nederlandse Adviescommissie “voltooid leven” (Schnabel) wordt ingegaan op de interpretatieruimte die de Nederlandse wet overlaat aan de behandelaars. De Adviescommissie baseert zich op een bespreking van de wetsgeschiedenis, de jurisprudentie van de Hoge Raad (onder meer de zaak Brongersma), de interpretatie door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE’s) van de zorgvuldigheidseisen die zijn neergelegd in de WTL (zie ook de Code of Practice van de RTE’s, 2015) en de visie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Wat de RTE ’s en de KNMG betreft, vermeldt het rapport in het bijzonder:

---

61 Eind 2016 maakte ook de Nederlandse politieke partij D66 een initiatiefwetsvoorstel bekend om hulp bij zelfdoding mogelijk te maken vanaf de leeftijd van 75 jaar, zie <https://d66.nl/wet-voltooid-leven-pia-dijkstra/>.

62 KNMG, Nieuws, 29 maart 2017, zie <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/knmg-voltooid-leven-wens-invoelbaar-maar-regeling-onwenselijk.htm>

*“De RTE’s hebben – onder verwijzing naar het Brongersma-arrest en de wetsgeschiedenis van de WTL – aan de hand van hun oordelen en jaarverslagen onder meer duidelijk gemaakt dat zij van geval tot geval de vraag moeten beantwoorden of de arts in kwestie in redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden in overwegende mate zijn oorzaak vond in een of meer medisch classificeerbare ziekte(s) of aandoening(en), dat wil zeggen (aldus de RTE’s) een medische grondslag had. Aangezien niet vereist is dat er sprake is van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening kan volgens de RTE’s een stapeling van ouderdomsklachten oorzaak zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Daarbij is dus wel van belang dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden in overwegende mate een medische grondslag heeft. Ook de KNMG heeft zich op dat standpunt gesteld dat er sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de WTL als gevolg van een stapeling van ouderdomsklachten, inclusief functieverlies, die zorgen voor een toenemende aftakeling. Er moet volgens de KNMG wel altijd sprake zijn van een medische grondslag, een conditie die als ziekte of combinatie van ziekten/klachten kan worden aangemerkt.” (p. 182-183)*

De conclusies en aanbevelingen van het rapport van de Adviescommissie (Schnabel) illustreren de reikwijdte van de WTL en de rekbaarheid ervan:

*“Door critici (...) wordt aangevoerd dat de reikwijdte van de WTL steeds meer wordt ‘opgerekt’. De in de WTL neergelegde zorgvuldigheidsvereisten zijn echter algemeen geformuleerd. (...) [D]it [is] een bewuste en onderbouwde keuze van de wetgever geweest, waarbij de wens om ruimte te laten voor de omstandigheden van het geval en voor toekomstige ontwikkelingen en inzichten voorop stond. Op basis van de praktijk en verschuivende inzichten en opvattingen in de juridische doctrine, de medische beroepsgroep en in de samenleving kunnen de algemeen geformuleerde zorgvuldigheidseisen dan ook worden genuanceerd en nader worden ingevuld waarbij ook ruimte is voor een inperkende interpretatie van de zorgvuldigheidseisen (...) De adviescommissie beschouwt het als haar taak erop te wijzen dat ruimte in de interpretatie van de tekst van de WTL voor verander(en)de opvattingen en toekomstige ontwikkelingen niet onbegrensd is”. (p. 211)*

Sommige gelijkaardige elementen vindt men terug in het Belgisch recht. Eén van de kenmerken van het **Belgisch medisch recht** is dat het zijn toevlucht neemt tot het voorstellen van een algemeen kader dat de rechten en plichten afbakt, zonder echter noodzakelijkerwijs dwingende of beperkende definities te geven. Het doet een beroep op noties zoals maximale autonomie en levenskwaliteit (wet betreffende de palliatieve zorg), of waardigheid (wet betreffende de rechten van de patiënt Art. 5. *“De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond*

ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften”). Artikel 12, §2 van de wet betreffende de rechten van de patiënt zegt dat de minderjarige patiënt deze rechten kan uitoefenen indien hij/zij "tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht".

De Belgische wetgever heeft ervoor gekozen om de Euthanasiewet af te bakenen door een veelheid van bijvoeglijke naamwoorden en bijwoorden te gebruiken (voorbeelden zijn: het verzoek moet vrijwillig, overwogen en herhaald zijn, vrij van enige externe druk; ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening; medisch uitzichtloze situatie; aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden) en een procedure te beschrijven, wat niet betekent dat het wettelijk kader hermetisch afgesloten is.

Volgens **sommige leden** geeft de keuze van de Belgische wetgever voor algemene termen (waarvan de termen ‘ziekte’ en ‘lijden’ volgens hen een voorbeeld zijn) de actoren op het terrein, het zorgverstrekkend personeel en de patiënten, de mogelijkheid om de wet zelf te interpreteren en op die manier hun verantwoordelijkheid op te nemen. De maatschappij evolueert trouwens. Volgens deze leden zijn de termen van het debat in 2017 volstrekt niet dezelfde als in 2002, het jaar van de goedkeuring van de Euthanasiewet.

**Andere leden** menen echter dat uit de voorbereidende werken van de Euthanasiewet blijkt dat de wetgever niet de bedoeling had om vage termen te gebruiken, maar integendeel geopteerd heeft voor een formulering van de wet die tot doel heeft om duidelijk af te bakenen wie in aanmerking komt voor euthanasie en wie niet. Deze leden zien bovendien geen aanwijzingen voor de validiteit van de bewering dat de betekenissen van de termen van het debat gewijzigd zouden zijn sinds 2002. Volgens deze leden blijkt de intentie van de wetgever om het toepassingsgebied van de Euthanasiewet duidelijk af te bakenen uit de volgende gegevens betreffende de voorbereidende werken van deze wet:

- In de plenaire vergadering van de Senaat van 24 oktober 2001 repliceerde Senator Paul Galand (Ecolo) als volgt op de kritiek dat het toepassingsgebied van de voorgestelde wet te breed zou zijn:

*“Het moet om een psychische ziekte gaan, niet om psychologische ontredde. Ik behoor niet tot de auteurs van het wetsvoorstel en ik heb twijfels bij sommige elementen. Toch denk ik dat men de tekst niet mag laten zeggen wat er niet staat. Ik stel vast dat sommigen het niet begrijpen, maar men moet de woorden correct lezen. Het moet om een ziekte gaan. Welnu, psychologische ontredde is als zodanig geen ziekte. Men behoort zich niet te laten misleiden door de uitdrukking 'psychisch lijden'. Euthanasie is een medische handeling met betrekking tot een ongeneeslijke ziekte. De arts die dit ziektegebonden kader en dus de medische diagnose negeert, kan worden vervolgd voor een misdrijf en is wettelijk strafbaar. In de huidige staat van de*

*wetenschap moet de medische diagnose stellen dat er geen mogelijkheid tot curatieve behandeling is en evenmin perspectieven tot leniging.” (vertaling)<sup>63</sup>*

- Bij de bespreking op 1 maart 2002 in de Kamer van Volksvertegenwoordigers van de debatten die in de Commissie Volksgezondheid over het wetsvoorstel waren gevoerd, werd het volgende gesteld:

*“De kamercommissie Volksgezondheid is unaniem van oordeel dat zuiver psychiatrisch lijden nooit aanleiding kan geven tot euthanasie. De subjectieve dimensie van psychisch lijden is te groot, waardoor de deur opengezet wordt voor misbruiken. Het is voor de arts zo goed als onmogelijk om de zwaarte van psychisch lijden in te schatten; bovendien is ook de wil van psychisch zieken vaak niet eenduidig en afhankelijk van het moment. Tenslotte ontbreekt ook in dit geval elke medische context. Depressieve en psychiatrische patiënten, dementen, Alzheimer-patiënten kunnen niet tot het toepassingsgebied gerekend worden.”<sup>64</sup>*

- in de plenaire vergadering van de Kamer van 15 mei 2002 stelde Volksvertegenwoordiger Georges Lenssens (Open VLD) het volgende:

*“Enkele van onze leden hebben wel problemen met de niet-terminale patiënten. Het zou ook voor ons gemakkelijker geweest zijn indien men het wetsontwerp had opgesplitst in een regeling voor terminale en een regeling voor niet-terminale patiënten. Onze vrees betrof vooral de psychiatrische patiënten en de dementen. Uit de debatten in de commissies voor de Justitie en voor de Volksgezondheid is echter duidelijk gebleken dat het nooit de bedoeling is geweest om de voorliggende wet op die patiënten toe te passen.”<sup>65</sup>*

Dergelijke informatie uit de voorbereidende werken van de Euthanasiewet is volgens deze leden uiterst relevant, *niet* omdat zij menen dat euthanasieverzoeken van psychiatrische patiënten *a priori* moeten worden geweigerd, maar wel omdat deze informatie (alook gelijkaardige passages uit de omvangrijke voorbereidende werken) aantoont dat, op het moment waarop de wet werd gestemd, deze wet solide en duidelijke garanties bevatte wat betreft de bepaling en afbakening van het soort situaties waarvoor euthanasie een optie zou zijn.

**Deze leden benadrukken dat de Belgische wet veel minder ruimte laat voor interpretatie dan de Nederlandse wet**, gezien de grote verschillen tussen de formulering van art. 3(1) van de Belgische wet en het corresponderende art. 2 van de Nederlandse wet, waarin enkel wordt

---

63 *Parl. Hand.* Senaat 2001-02, nr. 2-152, 40-41.

64 Wetsontwerp betreffende de euthanasie, *Parl. St.* Kamer 2001-02, nr. 50, 1488/005, 9.

65 *Parl. Hand.* Kamer 2001-02, Criv. 50, Plen 229, 93.



vereist dat het lijden ondraaglijk en medisch uitzichtloos is, terwijl de Belgische wet duidelijk meer (en meer specifieke) vereisten bevat.

Deze leden maken zich dan ook zorgen over de volgende paragrafen uit het zesde verslag 2012-2013 van de **Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie** (FCEE):

*“Bij een aantal zeldzame gevallen van patiënten van erg gevorderde leeftijd die door verschillende aandoeningen getroffen waren, waren sommige leden van de commissie van oordeel dat het lijden en het verzoek tot euthanasie eerder samenhang met de natuurlijke gevolgen van de leeftijd van deze patiënten, en niet met hun aandoeningen.” (p. 15)*

*“Bij patiënten van gevorderde leeftijd gaf het onderscheid dat gemaakt moet worden tussen het lijden dat veroorzaakt wordt door deze ziekten en het lijden dat “normaal” is voor die leeftijd, soms aanleiding tot meningsverschillen tussen de meerderheid van de commissie en een aantal van haar leden.” (p. 27).*

Bovenvermelde citaten doen bij deze leden van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek de vrees ontstaan dat *ouderdom als een ernstige aandoening wordt beschouwd en dus als een grond voor een legitiem euthanasieverzoek*. Dit is duidelijk niet in overeenstemming met de intenties van de wetgever ten tijde van de depenalisering van euthanasie. Deze leden vinden dit uiterst problematisch.

**Andere leden** van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek hebben helemaal niet dezelfde interpretatie van de verslagen van de FCEE. In het zevende verslag van de FCEE werd overigens met betrekking tot polypathologie bij ouderen het volgende benadrukt: *“Dit betekent helemaal niet dat de commissie hoge leeftijd als een ziekte beschouwt. Hoge leeftijd en levensmoeheid rechtvaardigen geen euthanasie in afwezigheid van een ernstige en ongeneeslijke aandoening.”*<sup>66</sup> Deze leden stellen dat er voor de FCEE nooit sprake is geweest om veroudering gelijk te stellen met een ernstige en ongeneeslijke aandoening. Zij stellen dat de noodzakelijke voorwaarden van de wet uiteraard onderzocht moeten worden in functie van de persoon die om euthanasie verzoekt en zijn/haar aanpassingsvermogen.

### **D.6.2.3. Voorstel van aanpak voor uitklaring van euthanasieverzoeken bij levensmoeheid**

**Sommige leden** menen dat een belangrijke bijdrage tot het debat over euthanasie en levensmoeheid aangereikt wordt in een recent artikel gepubliceerd in 2016 in het Tijdschrift voor Geneeskunde. Hierin brengen een aantal Vlaamse experts (uit de Werkgroep ‘Palliatieve

---

<sup>66</sup> Zie website van de FCEE:

<http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/federale-controle-en-evaluatiecommissie-euthanasie>, publicatie, Zevende verslag (2016) aan de Wetgevende kamers met betrekking tot de jaren 2014-2015, p. 27.

zorg en Geriatrie (PaGe)' van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen) het probleem van levensmoeheid in kaart en presenteren een praktisch instrument ('flowchart') om deze vragen bij patiënten uit te klaren (Van Den Noortgate et al. 2016). Deze experts stellen vooreerst vast dat zij als geriater, huisarts of CRA (Coördinerend en Raadgevend Arts) – zeker in Vlaanderen – regelmatig en in toenemende mate met vragen ivm euthanasie wegens levensmoeheid geconfronteerd worden (p.145). In hun reflectie vertrekken deze experts van een duidelijke definitie: levensmoeheid wordt omschreven als “psychisch lijden van een persoon die door (een combinatie van) medische en/of niet-medische factoren geen of slechts gebrekkige levenskwaliteit (meer) ervaart en als gevolg daarvan de dood boven het leven verkiest”<sup>67</sup>. De aanwezigheid van lijden is een noodzakelijk kenmerk van levensmoeheid volgens deze definitie (p.146).

In hun analyse van het probleem wijzen deze experts er op dat lijden zeer verschillende oorzaken en dimensies kan hebben, en steeds zeer persoonlijk is, wat ook samenhangt met de mensopvatting en de levensbeschouwing van de betrokkene. Dit betekent ook dat er geen rechtstreeks verband hoeft te bestaan tussen de bron of de oorzaak van het lijden en de beleving ervan. Een tweede aandachtspunt is het onderscheid dat dient gemaakt tussen uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waarbij het eerstgenoemde het voorwerp is van een professioneel oordeel over het nog aanwezige behandel- en zorgperspectief en vaak objectiveerbaar is. Het tweede daarentegen heet in de eerste plaats een zaak van de patiënt en is altijd subjectief en strikt persoonlijk. Deze experts stellen dat het beoordelen van het lijden en het bieden van hulp aan de patiënten in deze omstandigheden tot het medisch-professionele domein van de arts behoort, waarbij het volgens hen zeer zinvol en noodzakelijk is een beroep te doen op de hulp en expertise van andere professionele hulpverleners (p.146). Te meer omdat levensmoeheid zelden alleen een probleem van het individu, maar ook vaak een maatschappelijk probleem is, waarvoor eerder dan het medicaliseren een grondig maatschappelijk en ethisch debat wenselijk is (p.153). Omdat levensmoeheid volgens de aangehaalde definitie teruggaat op (een combinatie van) medische en/of niet-medische factoren is het belangrijk deze breed op te sporen, de interacties ertussen te verkennen en waar mogelijk ook te remediëren. *“Levensmoeheid komt meer op de voorgrond naarmate de niet-medische factoren als belangrijkste oorzaken van het psychisch lijden worden aangewezen. Indien de medische factoren een belangrijke rol spelen en de niet-medische niet of nauwelijks, dan is de persoon misschien wel de ziekte, de behandeling en/of de strijd moe, maar daarom niet noodzakelijk het leven. Het is belangrijk het aandeel van elk van beide (medische en niet-medische) factoren in de oorzakelijkheid van levensmoeheid na te gaan en hun respectievelijke aandeel zo goed als mogelijk in te schatten. Het is immers mogelijk dat een persoon met een ernstig lichamelijke aandoening zijn levensmoeheid uitdrukt, niet omdat deze teruggaat op de onderliggende ziekte of behandeling maar wel op een niet-medische*

---

67 Delbeke, E. “Hulp bij zelfdoding en levensmoeheid” In: “Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde”. Morsel: Uitgeverij Intersentia, 2012: 395-411.

*factor zoals een gevoel van nutteloosheid of een acuut financieel probleem. Dit onvoldoende uitklaren kan ervoor zorgen dat de mogelijkheid om het lijden van een persoon te verhelpen, gemist wordt.”(p.147)* De lichamelijke factoren kunnen van velerlei aard zijn, maar naast onderliggende medische aandoeningen kan ook ‘frailty’ (extreme kwetsbaarheid en verminderde reserves die leiden tot toenemende afhankelijkheid en overlijden) een belangrijke impact hebben op de levenskwaliteit van oudere personen. Onder de psychische factoren die uitklaring verdienen - omdat het vooral deze zijn die bijdragen tot de ondraaglijkheid van het lijden - zijn er de psychiatrische aandoeningen (bv. mineure depressie), maar ook de verschillende ‘copingstrategieën’ van patiënten en hun omgeving, en factoren als de graad van eenzaamheid, de beleving van waardigheid en verantwoordelijkheid, eventuele traumatische levenservaringen, de mate van subjectief welbevinden en de spirituele/existentiële krachtbronnen. De ervaring leert dat tenslotte ook sociaaleconomische factoren (armoede, opleidingsgraad e.d.) belangrijke risicofactoren zijn voor levensmoeheid.

Omdat levensmoeheid de laatste jaren niet alleen een theoretische, maar vooral een praktische uitdaging is geworden, stellen de auteurs in hun bijdrage dan ook een stapsgewijze aanpak<sup>68</sup> voor. Het systematisch exploreren van de levensmoeheid (‘het lijden beoordelen’) vormt de eerste stap, waarbij het belangrijk is voldoende aandacht te hebben voor de niet-medische factoren. Vaak immers is het psychisch lijden ten gevolge van niet-medische factoren even groot of groter dan het psychisch lijden ten gevolge van ziekte of ongeval, en dringt het inroepen van andere hulpverleners als een ouderenpsychiater, psycholoog, maatschappelijk werker of pastor/moreel consulent zich op. Een tweede stap bestaat in het evalueren van de behandelopties. Een behandeling kan mogelijk en gewenst zijn. De literatuur leert dat veel patiënten evenwel negatief staan tegenover een therapeutische benadering van hun probleem, waardoor behandeling misschien wel mogelijk is, maar geweigerd wordt. Indien geen duurzaam verzoek tot levensbeëindiging aanwezig is, dient vroegtijdige zorgplanning overwogen te worden. Is een dergelijk verzoek er wel, dan kan worden overgegaan tot stap 3, het evalueren van de wettelijke zorgvuldigheidscriteria voor euthanasie, wat ook aan de orde is als behandeling in het geheel niet mogelijk is. Is er op basis van een professioneel oordeel en ervaring geen sprake van ondraaglijk en niet-lenigbaar lijden of geen sprake van een medische grondslag (waarbij het lijden het gevolg dient te zijn van een ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening), die bovendien uitzichtloos is, dan valt het verzoek buiten de Euthanasiewet. Maar ook dan heeft de arts en/of zijn/haar team altijd een zorgplicht en dient de arts oog te blijven hebben voor het bredere welzijn van de patiënt en hem, samen met andere hulpverleners, bij te staan in de onmacht dat er niets concreets ‘gedaan’ kan worden.

In bepaalde situaties bestaat geen eensgezindheid rond het voldoen aan de zorgvuldigheidscriteria en de medische factoren als onderliggende oorzaak voor het lijden en

---

68 Referentie flowchart : [www.palliatief.be/publicaties\\_levensmoeheid](http://www.palliatief.be/publicaties_levensmoeheid)

het verzoek. In deze grijze zone kunnen voor de auteurs collegiaal overleg, teamoverleg en ethisch advies een hulpmiddel zijn.

**Andere leden** menen dat dergelijk overleg slechts een facultatieve optie vormt, een hulpmiddel waarop de arts beroep kan doen indien hij/zij dit wenst, en in goede verstandhouding met de patiënt.

**Binnen het Comité bestaat geen discussie dat binnen de Euthanasiewet – ook wanneer het lijden als ondraaglijk beleefd wordt - een medische grondslag vereist is om tot euthanasie te kunnen overgaan. De vraag stelt zich echter wat precies moet worden verstaan onder “een medische grondslag”, en hierover bestaat geen consensus.**

**Alle leden** menen dat sommige vormen van polypathologie – d.i. de aanwezigheid van meerdere aandoeningen - een medische grondslag kunnen zijn om een euthanasieverzoek in aanmerking te nemen onder de voorwaarde dat de ondraaglijkheid én de medische uitzichtloosheid én de niet-lenigbaarheid van het lijden van de betrokkene *veroorzaakt worden* door de polypathologie in kwestie.

**Sommige leden** vrezen dat de term polypathologie door velen geïnterpreteerd wordt op een wijze die impliceert dat elke persoon ouder dan zeventig jaar eraan voldoet<sup>69</sup>.

**Afsluitend zijn alle leden het erover eens** dat euthanasie niet kan worden overwogen zonder medische grondslag en dat ouder worden in zichzelf geen ziekte is. Binnen deze consensus bestaat er binnen het Comité een meningsverschil over de vereiste mate van ernst en ongeneeslijkheid van de aan de gevorderde leeftijd verbonden polypathologie.

### **D.6.3. Euthanasie en medicalisering van maatschappelijke problemen**

Euthanasie toestaan als antwoord op lijden zonder ernstige aandoening veroorzaakt door ziekte of ongeval zou onze kijk op de geneeskunde en op de samenleving fundamenteel kunnen beïnvloeden. Deze tendens is vandaag reeds tot op zekere hoogte zichtbaar, getuige het feit dat heel wat mensen denken dat ze *recht* hebben op de uitvoering van euthanasie, louter op basis van het feit dat zij hun lijden beschouwen als aanhoudend en ondraaglijk. Hoe oprecht een dergelijke visie ook mag worden aangehangen door de betrokkene, ze houdt totaal geen rekening met het feit dat de Euthanasiewet enkel een recht inhoudt om euthanasie te vragen, en dat de wet voorziet dat naast de behandelende arts steeds een tweede (en bij niet-terminale patiënten ook een derde) arts de patiënt dient te onderzoeken en een oordeel

---

69 Raus, Kasper; Sterckx, Sigrid; Beyen, Anne; De Lepeleire, Jan; Desmet, Marc; Devisch, Ignaas; Focquaert, Farah; Ghijsebrechts, Gert; Haekens, An; Huysmans, Gert; Lisaerde, Jo; Mullie, Senne; Provoost, Veerle; Ravelingien, An; Schotsmans, Paul; Vandenberghe, Joris; Van Den Noortgate, Nele; Vanden Berghe, Paul; Vanderhaegen, Bert, “Komt nagenoeg iedereen van boven de 70 jaar nu in aanmerking voor euthanasie?”, *Knack*, 15 november 2016: <http://www.knack.be/nieuws/belgie/komt-nagenoeg-iedereen-van-boven-de-70-jaar-nu-in-aanmerking-voor-euthanasie/article-opinion-776597.html>.

dient te vellen of aan alle wettelijke voorwaarden (inclusief alle criteria opgesomd in Art. 3(1)) is voldaan. Artsen mogen niet herleid worden tot louter 'uitvoerders van euthanasieverzoeken'.

**Het dient benadrukt te worden dat de formulering van art. 3(1) er duidelijk op wijst dat de wetgever geenszins de bedoeling had om euthanasie mogelijk te maken voor iedereen die aanhoudend en ondraaglijk lijdt zonder onderliggende pathologie.** Zelfs bij ondraaglijk lijden, kunnen er goede ethische redenen zijn om dergelijke verzoeken te weigeren. Het aanvaarden van dergelijke verzoeken zou immers de deur openzetten voor een (extreme vorm van) *medicalisering* in gebieden waarin dit geheel ongerechtvaardigd is.

Men zou hiertegen kunnen opwerpen dat **tal van mensen die levensmoe zijn, wel degelijk geconfronteerd worden met medische problemen (bvb. klassieke ouderdomsverschijnselen** zoals artrose, een verminderd gezichtsvermogen, spijsverteringsproblemen). **Het punt is echter dat, als de *loutere aanwezigheid* van dit soort medische symptomen beschouwd zou worden als een voldoende reden om te voldoen aan de voorwaarden van Art. 3(1), dit zou neerkomen op de stelling dat *elke oudere persoon in aanmerking komt voor euthanasie.*** Iedere oudere zal immers op een bepaald moment meerdere lichamelijke klachten krijgen, en daarop hoeft men zelfs niet te wachten tot men 70 of 80 jaar is. Dit zou echter neerkomen op een *totale uitholling van de intenties van de wetgever.* De wet eist dat het ondraaglijk lijden *het gevolg is* van een aandoening, die op haar beurt *veroorzaakt* moet zijn door ziekte of ongeval. Ook al zal het lijden van heel wat mensen ongetwijfeld een combinatie zijn van psychosociale problemen en medische problemen, het zijn de *medische problemen* die de oorzaak moeten zijn van het aanhoudend en ondraaglijk lijden. Psychosociale problemen zijn geen medische problemen. Vereenzaming, bvb., is geen medisch probleem en we moeten ons dus in alle eerlijkheid de vraag stellen waarom het de taak van een arts zou moeten zijn om dergelijke problemen op te lossen.

Als we lijden als gevolg van psychosociale problemen als een medische kwestie zouden gaan bestempelen, lopen we bovendien het risico voorbij te gaan aan de echte tragedie en ons niet de vraag te stellen *waarom deze mensen dit soort lijden ervaren.* Vaak is dergelijk lijden het resultaat van maatschappelijke onverschilligheid, die leidt tot isolatie en vervreemding, die op hun beurt leiden tot oprechte gevoelens van eenzaamheid, verlatenheid en nutteloosheid. Deze wijdverspreide *maatschappelijke* problemen vragen dringend om een maatschappelijk, economisch en politiek antwoord, *niet* een medisch antwoord en al helemaal niet een medisch antwoord in de vorm van euthanasie.

De inspanningen die in onze samenleving ondernomen worden om sociale isolatie en vervreemding aan te pakken, en om voldoende zorg te voorzien in termen van de preventie en behandeling van psychiatrisch en ander psychisch lijden, en de middelen die daarvoor worden uitgetrokken, zijn schromelijk onvoldoende. Ons huidige falen om deze problemen te verhelpen kan niet worden ingeroepen als een argument om euthanasie voor deze mensen te faciliteren. Euthanasie toestaan als antwoord op lijden *zonder ernstige aandoening veroorzaakt door ziekte of ongeval* zou neerkomen op het ergste voorbeeld van *medicalisering van socio-economische problemen* dat men zich kan inbeelden.

**Dit betekent *geenszins* dat men mensen die ondraaglijk en aanhoudend lijden maar wier lijden niet het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke aandoening die door ongeval of ziekte veroorzaakt is, in de kou moet laten staan.** Het betekent wél dat deze mensen wettelijk gezien geen euthanasie kunnen krijgen. Niet omdat hun soort lijden niet aanhoudend en ondraaglijk kan zijn (dat is het ongetwijfeld in heel wat gevallen). Niet omdat ze niet handels- en oordeelsbekwaam (autonoom) geacht kunnen worden (dat zullen ze vaak wel zijn), maar wel omdat oordeelsbekwaamheid slechts een van de vele (wettelijke én ethische) voorwaarden is om in aanmerking te komen voor euthanasie.

**Sommige leden benadrukken dat de wetgever duidelijk de intentie had dat euthanasie beperkt zou blijven tot een ‘last resort’ optie, of het nu om fysiek dan wel psychisch lijden gaat.** De Amerikaanse bioethici Barron Lerner en Arthur Caplan vragen zich in een in 2015 gepubliceerd artikel af of de euthanasiepraktijk in België en Nederland op een hellend vlak is terechtgekomen (Lerner & Caplan 2015). Een van de zaken waarover zij zich zorgen maken is het feit dat uit een studie over de Nederlandse Levensindekliniek blijkt dat eenzaamheid vaak wordt aangehaald als reden om euthanasie te vragen. Lerner en Caplan stellen hierover het volgende: “Zelfs in combinatie met andere symptomen kan eenzaamheid moeilijk beschouwd worden als een toestand die men best aanpakt door euthanasie voor te stellen” (p. 1640<sup>70</sup>, vertaling). Zij stellen zich ook de vraag of de toename van het aantal gevallen van euthanasie een weerspiegeling is van een soort van “*het geven van carte-blanche door de artsen aan het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt*” (ibid., p. 1641, vertaling<sup>71</sup>). **Dit zijn volgens deze leden zeer pertinente vragen, die momenteel weinig of niet (meer) gesteld worden in België.**

Deze leden wensen echter te benadrukken dat uit hun kritieken en bezorgdheden *niet* volgt dat de mogelijkheid van euthanasie voor psychisch lijden moet worden afgeschaft. Wat er wel uit volgt is dat euthanasie een ‘last resort’ optie moet zijn zoals bedoeld door de wetgever, dat alle voorwaarden die worden opgesomd in Art. 3(1) van de wet strikt moeten worden toegepast, dat strikt moet worden toegezien op de toepassing van deze alsook alle andere

---

70 Originele versie: “*Loneliness, even if accompanied by other symptoms, hardly seems a condition best addressed by offering death*”.

71 Originele versie: “*carte blanche acquiescence among physicians to the concept of patient self-determination*”.

vereisten van de wet, alsook dat een aantal aspecten van de wet zelf dienen te worden bijgestuurd. Dit brengt ons tot de kwestie van de specifieke aanbevelingen die deze leden wensen te formuleren.

**Andere leden** hebben nog een radicaler standpunt en zijn van mening dat euthanasie wettelijk onmogelijk moet worden gemaakt wanneer euthanasie wordt gevraagd voor een psychiatrische aandoening die niet uit een aantoonbare, onomkeerbare lichamelijke weefselschade voortvloeit. In de mate waarin de Euthanasiewet op dit punt geen duidelijkheid schept, dringt zich een wetswijziging op waarbij euthanasie omwille van de hierboven aangegeven redenen niet langer wordt gedepenaliseerd. Bij psychiatrische aandoeningen is het volgens deze leden niet mogelijk om een autonoom euthanasieverzoek op eenduidige, objectiveerbare wijze te onderscheiden van een door de pathologie ingegeven doodswens. Het verlies van autonomie - onder invloed van een verstoord realiteitsbesef, ernstige stemmingsstoornissen of zelfs wanen - is inherent aan het psychisch lijden. Net daarom is dit lijden ook zo ernstig en wordt het vaak als uitzichtloos en dus ondraaglijk ervaren. Ook de onbehandelbaarheid van dit type aandoeningen kan nooit met zekerheid worden vastgesteld, omdat soms na langere termijn nog verbeteringen mogelijk zijn.

Volgens de aanhangers van dit standpunt houdt een eenzijdige klemtoon op de zelfbeschikking in het geheel geen rekening met de intrinsiek relationele component van psychiatrische aandoeningen en de invloed van mechanismen van projectie, overdracht en tegenoverdracht. Het toelaten van de euthanasievraag in de therapeutische relatie kan zo een mogelijke dynamiek van suicidale gedachten in de hand werken dat de psychiatrische patiënt al te vaak in de richting van euthanasie drijft en een negatieve invloed kan hebben in de psychiatrische zorg, niet enkel op een individuele patiënt, maar ook op de bredere zorgomgeving waarin deze patiënten vaak zijn opgenomen, niet zelden voor een langere periode.

**De leden die het nodig noch opportuun vonden om uit te weiden over de definitie van lijden, hetzij fysiek, hetzij psychisch, of over het al dan niet te lenigen karakter ervan, en die dus niet vinden dat de wet van 28 mei 2002 over euthanasie moet worden aangepast inzake psychisch lijden, stellen zich vragen bij de motivering van dit standpunt.** Moet dit standpunt, dat in de media wordt overgenomen door tegenstanders van euthanasie, begrepen worden als de wil om elke psychiatrische patiënt uit te sluiten van de Euthanasiewet? Wat willen de woorden “onomkeerbaar en aantoonbaar weefselsletsel” zeggen:?

De rechtvaardigingen van dit standpunt zijn, volgens deze leden, een opeenvolging van axioma's:

- de onmogelijkheid om het onderscheid te maken tussen een autonoom euthanasieverzoek en een stervenswens ingegeven door de pathologie;
- de onmogelijkheid om zich uit te spreken over het ongeneeslijke karakter van de psychiatrische aandoening;
- het ontstaan van suïcidale gedachten door de goedkeuring (sic) van het euthanasieverzoek;
- de mogelijke 'besmetting' van andere patiënten.

Voor deze leden is deze opeenvolging van beweringen zonder bewijs eerder vreemd. Niet alle psychiatrische aandoeningen zijn geneeslijk. Het is mogelijk dat een paranoïde patiënt zich, door de aard van zijn/haar aandoening, uitsluit van alle mogelijkheden om euthanasie te krijgen<sup>72</sup>. Maar dat is zeker niet het geval voor elke patiënt die aan een psychiatrische aandoening lijdt. En gezondheidsprofessionals zijn zeker in staat om het verschil te maken tussen een vrijwillig, herhaald euthanasieverzoek zonder druk van buitenaf, en de wens om te sterven ingegeven door de ziekte zelf. Inzake het concept 'voorbeeld voor andere patiënten', werd dit argument ook al gegeven in het geval van de ziekte van Alzheimer, en de euthanasie van Hugo Claus. Hierbij vergeet men steeds dat een euthanasieverzoek persoonlijk is, en niet impliceert dat elke patiënt die in deze omstandigheden terechtkomt, euthanasie zal vragen!

Bovendien moet de autonomieproblematiek in de euthanasieprocedures niet op een abstracte wijze worden benaderd. Deze autonomie kan trouwens alleen maar op een geldige manier worden uitgeoefend als de patiënt over de nodige informatie beschikt, en zijn/haar verzoek werd besproken, onderhandeld en gevoed door de geraadpleegde arts of indien nodig, artsen, met het medische team en met zijn/haar naasten. Euthanasie is een gedeelde beslissing, die het recht op autonomie van een persoon respecteert.

Voor deze leden is er ten slotte een duidelijk voordeel verbonden aan het niet automatisch uitsluiten van psychiatrische patiënten uit het toepassingsgebied van de Euthanasiewet. Dankzij de dialoog die wordt gevormd, dankzij de tijd die men zichzelf geeft, worden sommige verzoeken minder acuut.

**Volgens sommige leden** is het wetenschappelijk problematisch te beweren dat psychiatrische aandoeningen niet met structurele veranderingen in verschillende hersenstructuren gepaard gaan. Zeker bij chronische vormen zijn er zelfs irreversibele veranderingen

---

72 Bulletin ADMD, nr 140, 2<sup>e</sup> trimester 2016, pp. 5-8. « Euthanasie et psychiatrie, le grand malentendu. Conférence de Bea Verbeekc, psychiatre, leif-arts, Ulteam », p. 7 : « Que dire par exemple du patient présentant un délire paranoïaque, avec ou sans hallucinations, qui le fait souffrir le martyr mais refusant tout traitement médicamenteux qui risque de l'empoisonner ? Il est évident que le patient souffre, et que le degré de sa souffrance peut être insurmontable. Mais qu'en est-il de sa faculté de discernement ? Pour ma part, sa demande ne sera pas recevable, mais peut-être est-ce discutable ! »

Eigen vertaling : « Wat te zeggen bijvoorbeeld over een patiënt met paranoïde delirium, met of zonder hallucinaties, die hem/haar erg doen lijden, maar die een medicamenteuze behandeling weigert uit vrees vergiftigd te worden? Het is evident dat deze patiënt lijdt, en dat de mate van zijn/haar lijden onoverkomelijk kan zijn. Maar hoe zit het met zijn/haar oordeelsbekwaamheid? Voor mij zal zijn euthanasieverzoek niet ontvankelijk zijn, maar misschien is dat betwistbaar! ».



## E. Besluiten en aanbevelingen

### **E.1. Vraag 1: Is de juridische basis om euthanasie te verkrijgen een andere basis als beslist is dat het euthanasieverzoek van de partner kan ingewilligd worden?**

In haar mondelinge vraag aan Minister Onkelinx verwees senator Elke Sleurs naar een gemediatiseerde euthanasiecasus waarbij het ging om de euthanasievraag van een echtpaar. Het Comité merkt op dat het feit dat het een echtpaar of partners betreft, hier niets ter zake doet. Elk verzoek is uniek, moet als dusdanig worden onderzocht en moet aan de voorwaarden van de wet voldoen, zoals dat voor elk euthanasieverzoek geldt. De omstandigheid dat het een echtpaar of partners betrof, is niet relevant voor het onderzoek van de door de wetgever bepaalde voorwaarden. Als de situatie van de partner op zich niet beantwoordt aan de wettelijke vereisten voor euthanasie, is er dan ook geen wettelijke basis voor het inwilligen van een dergelijk euthanasieverzoek.

Weliswaar heeft het Comité begrip voor de angst van de overblijvende partner om alleen verder te leven en het psychische lijden dat hiervan het gevolg is, maar deze zijn op zichzelf onvoldoende om euthanasie te rechtvaardigen.

### **E.2. Vraag 2: Wat is de juridische basis om euthanasie te verkrijgen indien de aanvrager niet terminaal ziek is?**

Er moet worden aan herinnerd dat de wetgever niet de intentie had om het concept van de terminale fase op te nemen in de Euthanasiewet. De wet voorziet weliswaar bijkomende voorwaarden indien de arts meent dat het overlijden niet binnen afzienbare termijn zal plaatsvinden. In dat geval moet hij/zij niet alleen verplicht een tweede arts raadplegen, die enerzijds de ernstige en ongeneeslijke aard van de medische aandoening moet onderzoeken en anderzijds zich moet vergewissen van het niet te lenigen karakter van het fysieke of psychische lijden, maar moet er ook een derde arts tussenkomen, inzage nemen van het medisch dossier, de patiënt onderzoeken en een advies geven over het aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het lijden evenals over de kwaliteit van het verzoek, namelijk het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter ervan. Deze arts moet ofwel een psychiater zijn, ofwel een specialist in de betreffende pathologie, en moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de tweede arts. Bovendien moet er een maand verlopen tussen het schriftelijke euthanasieverzoek en de daad zelf. Met andere woorden, de wet schrijft niet voor dat de patiënt zich in een terminaal stadium moet bevinden.

### **E.3. Vraag 3: Bestaat er een maatschappelijke nood om het concept van aanhoudend en ondraaglijk psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, te verduidelijken?**

Bij de bespreking van deze derde vraag zijn er binnen het Comité **drie standpunten** naar voren gekomen. De leden die het **eerste standpunt** onderschrijven menen dat het geenszins opportuun is om de wet te wijzigen op het vlak van psychisch lijden. Volgens deze leden had de wetgever ervoor gekozen een zekere marge van interpretatie te laten in de wet door enkele concepten af te bakenen met een zekere mate van onbepaaldheid. Dit is het geval voor het psychisch lijden dat, voor deze leden, niet conceptueel verhelderd, bepaald of afgemeten dient te worden. Psychisch lijden te wijten aan een lichamelijke of een psychiatrische aandoening, maakt deel uit van de subjectieve beleving van de patiënt en moet worden gehoord door de arts. Deze heeft immers de verantwoordelijkheid een – o.a. psychiatrische – aandoening te diagnosticeren en zich te vergewissen van enerzijds de ongeneeslijkheid van deze aandoening en anderzijds het verband tussen het lijden van de patiënt en de ongeneeslijke aandoening.

De leden die het **tweede standpunt** onderschrijven, zijn van oordeel dat de wet niet voldoende duidelijk is en dat deze door dit gebrek aan duidelijkheid wordt toegepast op een wijze die niet strookt met de geest ervan (zie D.6. Ethische discussie). Vanuit dit standpunt worden dus wetswijzigingen gevraagd in de richting van een betere precisering van bepaalde essentiële concepten ervan, naast de wijziging van sommige van de bepalingen ervan om beter rekening te houden met o.a. de specificiteit van psychiatrische aandoeningen. Dit standpunt betwist echter niet dat euthanasie in geval van psychisch lijden in sommige specifieke en uitzonderlijke gevallen aanvaardbaar kan zijn.

De leden die het **derde standpunt** onderschrijven, zijn van oordeel dat de Euthanasiewet grondig zou moeten worden herbekeken om precies de mogelijkheid van euthanasie omwille van psychisch lijden veroorzaakt door een psychiatrische aandoening zonder onomkeerbare weefselschade uit te sluiten.

**Alle leden** zijn het met elkaar eens op sommige punten, zoals het belang van de opleiding van de artsen en publieksvoorlichting, de noodzaak van meer onderzoek naar medische beslissingen omtrent het levenseinde, het afwijzen van de medicalisering van diverse verschijningsvormen van maatschappelijk lijden, en de noodzaak voldoende werkingsmiddelen te voorzien voor de Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie (FCEE).

### E.3.1. Punten van consensus

#### a. Opleiding van artsen en publieksvoorlichting

Alle leden bevelen aan dat in de opleiding van artsen (zowel in de basisopleiding als in voortgezette opleidingen en navormingen) veel meer aandacht moet worden besteed aan accurate kennis van en kritische reflectie over de Euthanasiewet en haar inbedding in het domein van medische levenseindepraktijken, dat veel ruimer is dan enkel euthanasie, en ook kennis van palliatieve zorg veronderstelt.<sup>73</sup> Ook aan de rol van de artsen (zowel individueel als in teamoverleg) en aan hun professionele verantwoordelijkheid om kritisch te kunnen reflecteren over de al dan niet aanvaardbaarheid van specifieke euthanasieverzoeken, dienen de artsenopleidingen veel meer aandacht te besteden. In de te voorziene lessen en vormingen dienen overigens niet alleen de klinisch-technische maar ook de juridische en ethische aspecten aan bod te komen en verzorgd te worden door experts ter zake.

Zo moet de reflectie binnen de medische verenigingen gespecialiseerd in psychiatrische aandoeningen worden aangemoedigd om de diagnoses en protocollen te verfijnen die tot doel hebben oordelen betreffende ongeneeslijkheid te vellen. De wetenschappelijke psychiatrische verenigingen in ons land – de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, de *Société Royale de Médecine Mentale de Belgique* (SRMMB) en het *Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* (BCNBP)– zijn het best geplaatst om aanbevelingen hierover op te stellen. Ook moet de reflectie binnen de diverse huisartsenverenigingen worden aangemoedigd om hun kennis van de diagnose van psychiatrische aandoeningen, de mogelijke behandelingen ervan en van de definitie van ongeneeslijkheid te verbeteren.

Artsen dienen in hun opleiding getraind te worden in de nodige reflectie- en communicatievaardigheden die vereist zijn om euthanasieverzoeken met de nodige empathie, maar ook met kennis en zelfvertrouwen tegemoet te kunnen treden. In dit verband zijn trouwens ook veel meer voorlichting en informatie naar het bredere publiek toe nodig, om de momenteel vaak voorkomende misvatting te vermijden dat de wet van 2002 een veralgemeend recht op het *bekomen* van euthanasie zou hebben voorzien, terwijl het slechts het recht inhoudt om euthanasie te vragen.

---

73 -Zie <http://leif.be/professionele-info/professionele-leidraad/>: de LEI(F)draad bevat aanbevelingen zowel voor het invullen van het registratiedocument als voor het opstellen van het verslag van de tweede en eventueel derde (LEIF)arts of “médecin (EOL)”.  
-Voor het Franstalig “forum EOL” zie <http://www.admd.be>, zie rubriek “Médecins EOL”.

## **b. Noodzaak van meer onderzoek naar medische beslissingen omtrent het levenseinde**

**Alle leden** zijn voorstander van een evaluatie van de wet en van het opzetten van onderzoek naar medische levenseindebeslissingen, met inbegrip van continue palliatieve sedatie. Dit onderzoek zou ook de euthanasieweigeringen moeten onderzoeken: in welke omgeving, voor welke aandoeningen, door welke artsen, bij welke patiënten gebeurt dit? Deze studies zouden trouwens moeten plaatsvinden over het hele grondgebied; de meeste studies hebben immers enkel betrekking op Vlaanderen.

## **c. Geen medicalisering (van verscheidene vormen) van psychosociaal lijden**

Voor **alle leden van het Comité** zou het goedkeuren van euthanasieverzoeken die enkel steunen op aanhoudend en ondraaglijk lijden, zonder medische grondslag, in feite de deur openzetten is voor een extreme vorm van medicalisering op domeinen waar dit absoluut onwenselijk is. Zelfs als voor velen het lijden zal resulteren uit een combinatie van psychosociale en medische problemen, moeten het wel *medische* problemen zijn die de oorzaak vormen van het aanhoudende en ondraaglijke lijden, zoals vermeld in de wet van 2002 die euthanasie depenaliseert.

Wij mogen niet van de medische wereld verwachten dat deze oplossingen vindt of voorstelt voor problemen die niet van medische aard zijn. Dit lijden is vaak het resultaat van maatschappelijke onverschilligheid die leidt tot isolement en vervreemding, die op hun beurt uitmonden in terechte gevoelens van eenzaamheid, verlatenheid en nutteloosheid. Deze wijdverbreide maatschappelijke problemen vragen bij hoogdringendheid een maatschappelijk, economisch en politiek antwoord, *geen* medisch antwoord en nog minder een medisch antwoord onder de vorm van euthanasie.

Levensmoeheid zonder medische grondslag voldoet niet aan de vereisten van art. 3(1) van de wet en kan dus geen wettelijk aanvaardbare grond vormen voor de uitvoering van euthanasie.

## **d. Ongeneeslijkheid van de aandoening en ondraaglijkheid van het lijden**

Binnen het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek bestaat de volgende **consensus**: (1) dat enkel lijden dat voldoet aan de voorwaarde dat het **het gevolg is van** een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, een wettelijke grond voor euthanasie kan vormen; (2) dat het tot de verantwoordelijkheid van de arts behoort om te oordelen over de *ongeneeslijkheid* van de ernstige door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening; en (3) dat, daarentegen, de beoordeling of het fysiek of psychisch lijden al dan niet *aanhoudend en ondraaglijk* is, bij de patiënt ligt. Om te bepalen of een patiënt zich in een medisch uitzichtloze

situatie bevindt, verwijst de wet echter ook naar de voorwaarde dat het 'lijden niet gelenigd kan worden'. De standpunten van de leden lopen uiteen, enerzijds over de interpretatie van het criterium 'niet-lenigbaarheid' van het lijden en anderzijds over de kwestie wie beslist of het lijden al dan niet lenigbaar is.

### **E.3.2. Punten waarover geen consensus bestaat**

#### **a. Over de niet-lenigbaarheid van het lijden**

**Sommige leden** menen dat de verantwoordelijkheid om te beslissen, zowel over de ongeneeslijkheid van de aandoening als over het niet te lenigen karakter van het lijden, toekomt aan de artsen en niet aan de patiënt. Volgens deze leden mag de autonomie van de patiënt niet de enige ethische waarde zijn die primeert bij de beoordeling van euthanasieverzoeken. Zij benadrukken weliswaar dat enkel de patiënt kan oordelen of zijn/haar lijden al dan niet aanhoudend en ondraaglijk is, maar vinden het essentieel dat artsen hun klinische en ethische verantwoordelijkheid nemen aangaande de andere vereisten van art. 3 (1) van de wet (i.e. de ongeneeslijkheid van de aandoening en de niet-lenigbaarheid van het lijden), in plaats van ervoor te opteren om de evaluatie van deze criteria over te laten aan de patiënt. Wat de beoordeling van de ongeneeslijkheid van de aandoening betreft, bevelen deze leden aan om de evaluatie hiervan in essentie uit te voeren met behulp van behandelalgoritmen die op bewijskrachtige wetenschappelijke criteria, in overeenstemming met de *state of the art*, steunen en die voor diverse aandoeningen gedefinieerd zijn. Deze behandelalgoritmen moeten regelmatig worden aangepast aan de nieuwe bevindingen waarover men beschikt.

**Andere leden** zijn van oordeel dat de autonomie van de patiënt een cruciale waarde is en dat er niets onethisch is aan ingaan op een euthanasieverzoek van een patiënt die, na alle voorstellen voor medische behandelingen, psychiatrische inbegrepen, te hebben overwogen en meestal reeds te hebben ondernomen, van oordeel is dat hij/zij niet langer het door hem-/haarzelf als ondraaglijk en als onlenigbaar ervaren lijden wenst te ondergaan. Voor deze leden gaat het hier niet om een arts die zijn/haar verantwoordelijkheid delegeert aan de patiënt, maar om een arts die zijn/haar verantwoordelijkheid volledig opneemt en in het raam van de individuele arts-patiëntrelatie en met de volle omvang van zijn/haar eigen competenties, tracht bij te dragen tot deze zeer belangrijke dialoog en reflectie, veeleer dan zijn/haar eigen opvatting over 'het goede leven' op te leggen. Deze leden zijn zeker voorstander van het zoeken naar objectiveringscriteria, met name door behandelalgoritmen op punt te stellen. Zij zijn hier minder voor te vinden als zo'n procedure zou inhouden dat de patiënt telkens zijn/haar vraag om euthanasie zou moeten rechtvaardigen. Dit zou de wet uithollen en een "tribunalisatie" veroorzaken, een optie die door de wetgever werd verworpen. Volgens deze leden kan de arts andere voorzorgen nemen naast de voorwaarden die de wet stelt. Deze hoeven niet in de wet opgenomen te worden, maar kunnen eventueel resulteren

uit de reflectie binnen de betrokken medisch-wetenschappelijke verenigingen, zonder de patiënt te vergeten. Deze leden zijn van mening dat het voorgaande geenszins suggereert dat de beoordeling van de onlenigbare aard van het lijden aan de patiënt wordt overgelaten. Het is evident dat alleen de arts over de vereiste kennis beschikt om het lijden medisch te verzachten. Deze leden benadrukken echter het belang van de dialoog tussen de arts en de patiënt. Lijden is per definitie subjectief en het ondraaglijke karakter van het lijden hangt nauw samen met het constante karakter ervan, hetgeen de patiënt ertoe brengt dit lijden te beschouwen als uitzichtloos en onlenigbaar. De perceptie door de patiënt van het al of niet onlenigbare karakter van het lijden wordt gevormd door de dialoog die hij/zij met zijn/haar arts voert, in de loop waarvan die laatste de mogelijke oplossingen met de patiënt bespreekt.

**Nog andere leden** zijn van mening dat de wetgeving onterecht ruimte laat voor euthanasie in geval van louter psychisch lijden, omdat geen consensus bestaat over de mogelijkheid om de ongeneeslijkheid van psychisch lijden, veroorzaakt door een psychiatrische aandoening zonder irreversibele of onomkeerbare weefselschade, te bepalen, noch over de vereiste dat geen enkele behandeling meer beschikbaar is (het zogenaamd ‘uitbehandeld’ zijn).

Volgens deze leden leert de klinische praktijk dat genezing of een verbetering van stemming en van algemeen welbevinden zich heel onverwachts kan manifesteren, zelfs tegen de verwachting van patiënt en zorgverleners in, en dit soms na vele jaren. Die veranderingen kunnen het gevolg zijn van een nieuwe therapeutische relatie of veranderende condities in de leefwereld van de patiënt. Om die reden is het voor een significante groep van psychiaters en klinische psychologen evident dat het begrip ‘uitbehandeld zijn’ niet objectiveerbaar is. Voor deze psychiaters en klinische psychologen komt een beslissing tot euthanasie voort uit een subjectieve inschatting van de zorgcontext door zowel zorgverleners als patiënten, een inschatting die onvoldoende wetenschappelijke grond heeft.

## **b. Over de weigering van een behandelvoorstel**

Een patiënt mag altijd een voorgestelde behandeling weigeren. Nochtans menen **sommige leden** dat wanneer de patiënt een redelijk behandelingsvoorstel in overeenstemming met de *state of the art* afwijst, de wettelijke voorwaarde van medische uitzichtloosheid niet vervuld is en euthanasie dus niet mogelijk is. Deze leden bevelen de wetenschappelijke psychiatrische verenigingen van ons land aan dringend richtlijnen in die zin op te stellen. In afwachting vormt (in het bijzonder hoofdstuk 3, 5.1.1. van) de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een belangrijke leidraad<sup>74</sup>.

---

74 NVvP Richtlijn Verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis, 2009, zie <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie> (onder Documenten).

**Andere leden** herinneren eraan dat een therapeutisch voorstel en/of een medische oplossing om het lijden te verzachten, de arts niet de bevoegdheid geeft om te beslissen of dat lijden al dan niet ondraaglijk is. Uiteindelijk blijft het de patiënt die hierover beslist, maar altijd in het kader van een constante en open dialoog met zijn/haar arts. Aanknepend bij dit standpunt benadrukken deze leden het belang van dialoog. In de mate dat het lijden in nauw verband staat met de onderliggende aandoening en de daarvoor aanbevolen behandelingen, menen deze leden dat het probleem van het lijden zowel door de arts als door de patiënt nooit volledig los gezien kan worden van de therapeutische beslissing. Omgekeerd wordt bij het nemen van beslissingen over behandelingen op basis van wetenschappelijk bewijs, altijd op een of andere manier rekening gehouden met het lijden dat ze veroorzaken. De arts neemt beslissingen na overleg met anderen of na zorgvuldige persoonlijke afweging, en zoekt altijd een evenwicht tussen de verhoopde voordelen van de behandelingen en het lijden dat ze veroorzaken. Net over dat laatste aspect heeft de patiënt wel degelijk iets te zeggen. De patiënt komt in vele gevallen tussen in de therapeutische beslissingen die hem/haar aangaan, omdat hij/zij actueel of toekomstig lijden wil vermijden, bv. omdat hij/zij het in het verleden al heeft ervaren. Het is ook om deze reden dat hij/zij een behandeling, soms de zoveelste op rij, kan weigeren. Dit is een weigering die de arts perfect kan begrijpen, zonder er *a priori* vanuit te gaan dat het gaat om een soort irrationele reflex in hoofde van de patiënt. Deze leden zijn het dus wel eens over het feit dat de arts de ongeneeslijkheid van een aandoening moet beoordelen. Wanneer een patiënt euthanasie vraagt, vinden zij het anderzijds uiterst belangrijk dat gestreefd wordt naar een dialoog met deze persoon. In die dialoog moet met een zo groot mogelijk inlevingsvermogen rekening worden gehouden met het lijden van de patiënt. Deze leden hameren op het feit dat volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de weigering van een zoveelste behandeling - waarvan niets zegt dat die niet volledig objectief is - niets afdoet aan het recht van de patiënt om om euthanasie te verzoeken. De patiënt van wie sprake is, is degene die "psychofarmacologisch resistent" is gebleken en die reeds *meerdere malen* psychotherapeutisch is behandeld. Wat hier pertinent is, is dus niet de "objectiviteit van de behandeling", maar de geaccumuleerde mate van lijden die een arts als mens zal kunnen begrijpen en waaraan de arts voorrang zal geven op het arsenaal aan therapeutische behandelingen, een arsenaal dat volgens sommigen eigenlijk onbeperkt is, en met name in het psychiatrische domein. Volgens deze leden moet een dergelijke houding van de arts niet zonder verdere nuance als delegatie van zijn verantwoordelijkheden worden gezien, maar kan ze juist de manifestatie zijn van ootmoed ten dienste van de menswaardigheid in hoofde van zijn patiënt. Voor hen maakt deze bijzondere luisterbereidheid waarvan de arts blijk geeft, integraal deel uit van de dialoog met de patiënt en is die zelfs de voornaamste reden voor deze dialoog.

### c. Over ouderdomsverschijnselen, polyopathie en levensmoeheid

Binnen het Comité bestaat consensus over het feit dat binnen de Euthanasiewet – ook wanneer het lijden als ondraaglijk beleefd wordt - een medische grondslag vereist is om tot euthanasie te kunnen overgaan en dat ouder worden op zichzelf geen ziekte is. De vraag stelt zich echter wat precies moet worden verstaan onder “een medische grondslag”. Alle leden menen dat sommige vormen van polyopathie – d.i. de aanwezigheid van meerdere aandoeningen - een medische grondslag kunnen vormen om een euthanasieverzoek in aanmerking te nemen op voorwaarde dat de ondraaglijkheid én de medische uitzichtloosheid én de niet-lenigbaarheid van het lijden *veroorzaakt worden* door de polyopathie in kwestie. Binnen deze consensus bestaat er binnen het Comité een meningsverschil.

**Sommige leden** staan open voor de mogelijkheid dat een polyopathie waarvan elke kwaal op zichzelf een onvoldoende medische grondslag vormt om over medische uitzichtloosheid en een bron van ondraaglijk lijden te spreken, als combinatie van kwalen (bv. evenwichtsproblemen, artrose, osteoporose, diabetes type 2, sterk verminderd gezichts- of gehoorvermogen, ...) toch kan voldoen aan de voorwaarde van “ernstige en ongeneeslijke aandoening” waaraan een euthanasieverzoek wettelijk moet voldoen, zodra deze kwalen een zekere intensiteit en een zekere frequentie bereiken.

Voor **andere leden** volstaat *de loutere aanwezigheid* van medische problemen (vanaf een gevorderde leeftijd overigens veeleer regel dan uitzondering) niet om een euthanasieverzoek te legitimeren gezien de wettelijke bepaling waardoor het lijden ook *het gevolg moet zijn (oorzakelijk verband)* van een of meer ernstige door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoeningen die uitzichtloos en ongeneeslijk zijn en dus niet ingegeven door andere niet-medische factoren, bijv. vereenzaming en/of financiële druk. Deze leden merken op dat uit de voorbereidende werken van de Euthanasiewet blijkt dat de wetgever niet de bedoeling had om vage termen te gebruiken, maar integendeel geopteerd heeft voor een formulering van de wet die tot doel heeft duidelijk af te bakenen wie in aanmerking komt voor euthanasie en wie niet. Volgens hen kan de loutere aanwezigheid van (multiële) ouderdomsverschijnselen geen wettelijke grond zijn om euthanasie te bekomen.

Alhoewel levensmoeheid zonder medische grondslag niet voldoet aan de wettelijke vereisten voor het verkrijgen van euthanasie, kunnen patiënten in hun euthanasievraag levensmoeheid als klacht uiten in combinatie met polyopathie. In die omstandigheden moet dan uitgeklaard worden wat er onder die klacht van levensmoeheid schuilgaat. In geval van euthanasieverzoeken met levensmoeheid als motivatie, dient er dus een multidisciplinaire uitklaring te gebeuren.



#### **d. Over *a priori* versus *a posteriori* evaluatie van euthanasieverzoeken**

**Sommige leden** menen dat de procedure voor de evaluatie van euthanasieaangiften zoals voorzien in de wet niet geschikt is voor de evaluatie van euthanasieverzoeken die worden geformuleerd door patiënten vanwege ondraaglijk psychisch lijden in een niet-terminaal stadium, hetzij ten gevolge van een psychiatrische aandoening, hetzij ten gevolge van polyopathie, al of niet samengaand met het ervaren van levensmoeheid. Rekening houdend met de complexiteit, de onvoorspelbaarheid van het ziekteverloop van psychiatrische aandoeningen, de multifactorialiteit bij polyopathie/levensmoeheid, het niet/minder dringend karakter van een euthanasievraag en de onomkeerbaarheid van euthanasie, stellen zij dat hiervoor een *a priori*-afweging aangewezen is, met alle betrokkenen, in de eerste plaats de patiënt zelf, zijn vertrouwde/behandelende zorgverleners in multidisciplinair team (onder eindverantwoordelijkheid van een arts) en waar mogelijk en mits akkoord van de patiënt ook significante naasten. Dit kan bv. de vorm aannemen van een *ad hoc*-overleg in een (op te richten) gedecentraliseerde commissie naar Nederlands voorbeeld waarin naast de hiervoor genoemden ook onafhankelijke expertise ingebracht wordt. Bedoeling daarvan zou zijn het zich vooraf vergewissen of aan de wettelijke voorwaarden voor euthanasie voldaan is, een afweging die in een collegiaal overleg plaatsvindt en zich niet zou beperken tot het verzamelen van adviezen. Dergelijke gedecentraliseerde commissies zouden naast het formuleren van een goedkeuring of afwijzing, desgevallend ook suggesties voor de zorg kunnen formuleren. Deze *a priori*-evaluatie zou aanvullend zijn op de reeds bestaande evaluatie en controle *a posteriori*.

**Andere leden** verzetten zich uitdrukkelijk tegen dit voorstel en verwijzen naar de geest waarin de Euthanasiewet van 2002 tot stand is gekomen, waarbinnen de wetgever juist heeft besloten om te kiezen voor een *a posteriori*-procedure in plaats van een *a priori*-procedure, vanuit de opvatting dat de laatstgenoemde optie een "tribunalisatie" van de euthanasievraag zou inhouden. De wetgever heeft heel expliciet de formule van de *a priori*-procedure verworpen. Deze leden zien niet in waarom in geval van psychisch lijden, al dan niet gebaseerd op een psychiatrische aandoening, dit principiële standpunt zou moeten veranderen. Aangezien een hele reeks voorwaarden de evaluatie van bijzondere situaties, zoals deze die een psychiatrische aandoening inhouden, in goede banen kunnen leiden, volgt hier geenszins logischerwijs uit dat men deze fundamentele wettelijke bepaling zou moeten herzien.

#### **e. Over de wettelijke wachttijd tussen het euthanasieverzoek en de inwilliging ervan in geval van een niet binnen afzienbare tijd verwacht overlijden**

In het zevende verslag (2014-2015) van de Federale controle- en evaluatiecommissie wordt de wettelijke wachttijd onderscheiden van de bedenktijd. De wettelijke wachttijd bedraagt minimaal één maand tussen de opschriftstelling van het euthanasieverzoek en de uitvoering

ervan. De notie bedenktijd verwijst naar “het proces van wilsvorming vooraf[gaand] aan de schriftelijke vaststelling van de vraag om euthanasie” (p. 54).

**Sommige leden** menen dat de wettelijke wachttijd van minimum een maand niet moet veranderd worden omdat er in praktijk vaak reeds een langere bedenktijd is, terwijl **andere leden** vinden dat die wettelijke wachttijd niet voldoende garantie biedt.

**Laatstgenoemde leden** bevelen aan dat, in geval van psychiatrische aandoeningen, de wettelijke minimumtermijn tussen het schriftelijke euthanasieverzoek en de inwilliging ervan minstens één jaar moet bedragen (actueel één maand volgens art. 3 §3,2° van de Euthanasiewet).

Volgens deze leden is een maand te kort voor de complexe evaluatie van onder andere de wilsbekwaamheid van de patiënt, de betekenislagen van het euthanasieverzoek, het ondraaglijk psychisch lijden en de medische uitzichtloosheid. Oordelen over medische uitzichtloosheid vergt naast deskundigheid ook tijd: het volgen van de voorgestelde zorgvuldigheidscriteria en het exploreren van alle mogelijke redelijke interventies en kansen tot herstel en vermindering van het lijden (zie bovenvermelde behandelalgoritmes in overeenstemming met de *state of the art*), vergt minstens een jaar. Deze leden betwisten niet dat in veel gevallen reeds vóór het euthanasieverzoek een lang proces doorlopen geweest zal zijn. Het formeel formuleren van een euthanasieverzoek creëert echter een nieuwe situatie die aanleiding geeft tot een ander proces, met een andere dynamiek en finaliteit. Dit proces moet voldoende tijd krijgen, en kansen om in dit proces nog herstel mogelijk te maken.

**Andere leden** herinneren eraan dat de termijn van één maand een *minimum*termijn is. Het is de verantwoordelijkheid van de betrokkenen – patiënt, artsen, psychiaters of multidisciplinair team – om zich aan te passen, al naargelang het geval. Ook al hebben bijvoorbeeld psychiatrische aandoeningen gemeenschappelijke kenmerken, zoals de moeilijkheid om de ongeneeslijkheid ervan af te bakenen, toch is de ene aandoening de andere niet en is de ene patiënt de andere niet. Een termijn van één jaar opleggen, waarin de patiënt alles moet herbeginnen, met name de gesprekken met de artsen, nog afgezien van de hospitalisatieperioden, zou een patiënt die al tal van behandelingen heeft ondergaan, die pogingen tot zelfdoding heeft ondernomen, tot wanhoop kunnen drijven met mogelijk nieuwe pogingen tot zelfdoding tot gevolg.

**Nog andere leden** menen dat een euthanasieverzoek bij louter psychisch lijden per definitie uitsluit dat er sprake kan zijn van een overlijden binnen afzienbare tijd en dat bijgevolg elke poging om via de wet een ‘redelijke’ termijn af te bakenen tussen aanvraag en verstrekking van euthanasie onmogelijk is. Mocht de wet euthanasie bij louter psychisch lijden niet langer

toelaten, dan zou deze problematiek zich ook niet stellen. Deze leden pleiten er om die reden voor euthanasie omwille van psychisch lijden veroorzaakt door een psychiatrische aandoening zonder onomkeerbare weefselschade uit de Euthanasiewet te schrappen.

Volgens de aanhangers van dit standpunt biedt het inbouwen van extra zorgvuldigheidscriteria in het euthanasietraject (langere wachttijd, bijkomend advies van een ethisch comité, eensgezindheid onder alle artsen, vraag aan de patiënt om eerst alle therapieën te doorlopen) niet voldoende bescherming aan deze groep van zeer kwetsbare patiënten wanneer zij werkelijk in de greep van een doodswens zijn. Volgens deze leden laat de huidige wet in dat geval immers toe dat een dergelijke patiënt autonoom op zoek gaat naar een psychiater die deze wettelijk niet-afdwingbare extra zorgvuldigheidscriteria bereid is te negeren in naam van het recht op zelfbeschikking.

#### **f. Over de vereiste expertise van de uitvoerende en geraadpleegde artsen**

**Sommige leden** menen dat de procedure voor de beoordeling van euthanasieverzoeken duidelijk omschreven<sup>75</sup> moet zijn om zo te komen tot een zorgvuldige afweging, met daarbij inbreng van alle relevante expertise, zowel diagnostische als (psycho)therapeutische (i.e. expertise met betrekking tot de concrete aandoening in kwestie en alle daarvoor relevante richtlijnen en behandelingsmodaliteiten in overeenstemming met de *state of the art*), expertise met betrekking tot palliatieve zorg, het levenseinde en euthanasie, expertise inzake de evaluatie van de bekwaamheid van de patiënt om zijn/haar wil uit te drukken en psychotherapeutische expertise om de betekenislagen van het euthanasieverzoek te exploreren. Dit impliceert voor deze leden dat, in het geval van euthanasieverzoeken door patiënten met een psychiatrische aandoening, alleen een psychiater kan besluiten dat een patiënt alle behandelingen die tot de *state of the art* behoren heeft ondergaan en zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt, of met andere woorden dat zijn aandoening ongeneeslijk is en zijn lijden niet gelenigd kan worden. Dit impliceert voor deze leden dat voor euthanasieverzoeken vanwege patiënten met een psychiatrische aandoening *twee van de drie* betrokken artsen psychiater moeten zijn.

Bij euthanasievragen om redenen van polypathologie, al dan niet gepaard met levensmoeheid, menen deze leden dat het aangewezen is dat de derde arts een specialist is in de aandoening, b.v. een geriater, psychiater, ouderenpsychiater, ... en niet een huisarts.

**Andere leden** menen dat de wet voldoende waarborgen biedt voor een goede euthanasiepraktijk. De arts die het euthanasieverzoek ontvangt, vraagt een tweede arts om

---

75 Een voorbeeld van een duidelijke procedure staat beschreven in Behaegel, J.; Vercoutere, S.; Matthys, D. (2015), "Euthanasie bij psychiatrische patiënten", *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 71, nr. 17, pp. 1086-1089, doi: 10.2143/TVG.71.17.2001931.

advies. Dit advies moet beantwoorden aan de voorwaarden die de wet oplegt, met name de inzage van het medisch dossier, de patiënt onderzoeken en zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. De geraadpleegde arts stelt een verslag op van zijn bevindingen, waaronder verstaan wordt een besluit in verband met het al dan niet vervuld zijn van de wettelijke voorwaarden. De geraadpleegde arts moet bevoegd zijn om over de aandoening in kwestie te oordelen. Het spreekt vanzelf dat de aanvragende arts een collega om advies zal verzoeken waarvan hij/zij weet dat deze geen algemene morele bezwaren zal opwerpen tegen euthanasie als dusdanig. Het tegendeel is in de praktijk immers niet werkbaar. Uiteraard zal de geraadpleegde arts een advies moeten verlenen in de individuele casus, rekening houdend met de zorgvuldigheidseisen die de wet vooropstelt en eventuele bijkomende maatregelen die deze arts zou willen toegepast zien. Daarbij kan gedacht worden aan het verplicht inlichten van de naaste familieleden, een voorwaarde die de wet niet stelt, maar die talrijke artsen die een goede praktijk nastreven toch zullen hanteren. Wanneer de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden moet een derde arts worden geconsulteerd, die ofwel een psychiater zal zijn, of een specialist in de aandoening. De kwalificatie van 'specialist' betekent dat deze derde arts de beoefenaar is van een erkend specialisme, en dat deze kwalificatie niet vervangen kan worden door eender welk certificaat van een post-graduaat opleiding.

#### **g. Over het statuut van de adviezen van de geraadpleegde artsen**

**Sommige leden** stellen dat de geldende wettelijke procedure de adviezen van de geraadpleegde artsen te vrijblijvend maakt voor de behandelende arts. In het kader van een euthanasieprocedure bij een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige staat het de behandelende arts immers vrij om het advies van de tweede (en desgevallend derde) arts naast zich neer te leggen.

**Deze leden** gaan er wel mee akkoord dat een negatief advies van de tweede of derde arts niet hoeft uit te sluiten dat een andere arts wordt geraadpleegd die eventueel tot een andere beoordeling kan komen. Anders zouden immers situaties kunnen ontstaan waarbij zelfs een weigering door de eerste geraadpleegde arts de procedure volledig, mogelijks geheel onterecht, tot stilstand zou brengen. Gegeven het belang van responsabilisering van alle bij euthanasieverzoeken betrokken artsen, bevelen deze leden aan dat elke geraadpleegde arts zijn/haar positief of negatief advies zelf<sup>76</sup> zou melden aan de Federale controle- en evaluatiecommissie Euthanasie (in tegenstelling tot de geldende wettelijke procedure waarbij het aan de uitvoerende/rapporterende arts wordt overgelaten om de adviezen van de geraadpleegde artsen zelf samen te vatten).

---

76 Zoals ook voorzien in de Nederlandse euthanasieprocedure waar de geraadpleegde artsen zelf rapporteren aan de regionale toetsingscommissies, zie het Nederlandse rapporteringsformulier in bijlage 1. Zie ook de link: <http://www.euthanasiecommissie.nl/toetsingsprocedure/uitspraken/formulieren/meldingsformulieren/verslag-melding-behandelend-arts/verslag-melding-behandelend-arts/modelverslag-behandelend-arts>.

**Andere leden** vinden de stelling dat de adviezen van de geraadpleegde artsen niet bindend zouden zijn controversieel: zij stellen zich de vraag hoe een arts een advies naast zich neer zou kunnen leggen waarin de ernstige en ongeneeslijke aard van de medische aandoening wordt weerlegd, waarin het bestaan van niet te lenigen fysiek of psychisch lijden niet wordt bevestigd of waaruit blijkt dat er geen sprake is van een duidelijk, vrijwillig en herhaald euthanasieverzoek, terwijl het hier gaat om de noodzakelijke voorwaarden voorzien in de wet. Deze leden menen dat geen wetswijziging nodig is aangezien de adviezen volgens hen in praktijk als bindend worden beschouwd of in ieder geval als belangrijke stappen in het besluitvormingsproces, waarbij deze adviezen de behandelende arts informeren en de bespreking voeden, terwijl de verantwoordelijkheid over de finale beslissing bij de arts en de patiënt blijft.

De hierboven eerstgenoemde leden ('Sommige leden') wensen in dit verband echter op te merken dat uit empirisch onderzoek duidelijk blijkt dat het helemaal niet uitzonderlijk is dat adviezen genegeerd worden of zelfs niet eens gevraagd worden<sup>77</sup> en niettemin toch wordt overgegaan tot euthanasie.

#### **h. Over de rol van de Federale controle- en evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van de Euthanasiewet (FCEE)**

**Sommige leden** merken op dat de Federale controle- en evaluatiecommissie euthanasie een belangrijke rol kan spelen in het bevorderen van duidelijkheid via transparantie. Zij bevelen aan dat de FCEE bovenop haar tweejaarlijkse verslagen ook een selectie van geanonimiseerde (zowel wat de patiënt als wat de arts betreft) en kort samengevatte gerapporteerde gevallen van euthanasie op haar website zou publiceren, zodat elke arts, burger, beleidsmaker, enz. zich een beeld zou kunnen vormen van de wijze waarop de commissie oordeelt in welbepaalde soorten gevallen. In Nederland vermelden de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie in

---

<sup>77</sup> **Deze leden** verwijzen naar de volgende twee studies op basis waarvan zij menen dat hun specifieke aanbevelingen in verband met het statuut van de adviezen van de geraadpleegde artsen terecht zijn: uit deze studies blijkt dat roekeloosheid in hoofde van sommige artsen niet helemaal ondenkbaar is.

(a) Van Wesemael, Y., Cohen, J., Bilsen, J., Smets, T., Onwuteaka-Philipsen, B., Deliens, L. (2011) "Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia: a nationwide survey". *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5): 721-733. In deze publicatie van de End-of-Life-Care onderzoeksgroep worden in de tabel op p. 727-363 gevallen van euthanasie beschreven:

- in vier gevallen werd de euthanasie uitgevoerd ondanks een negatief tweede advies;
- in vier gevallen werd de euthanasie uitgevoerd terwijl het verslag van de tweede arts nog niet binnen was; en
- in 20 gevallen werd de euthanasie uitgevoerd zonder dat er überhaupt een tweede arts werd geraadpleegd.

Het betreft een surveystudie bij artsen; er is dus niet geweten of deze gevallen ook aan de Federale controle- en evaluatiecommissie werden gerapporteerd (uit het onderzoek van deze onderzoeksgroep blijkt dat de gevallen die niet worden gerapporteerd doorgaans niet voldoen aan meerdere wettelijke vereisten).

Volgens **andere leden** gaat het in deze casussen mogelijks niet om euthanasie in de betekenis van de wet, en moesten deze dus niet worden gerapporteerd aan de FCEE. Alleszins heeft de FCEE tot op heden geen meldingen ontvangen van casussen waarbij het advies van de geconsulteerde arts ontbrak.

(b) Supplementary Appendix to Chambaere K, Vander Stichele R, Mortier F, Cohen J, Deliens L. "Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium". *N Engl J Med* 2015;372:1179-81.

DOI:10.1056/NEJMc1414527, table S1, p.4.

([http://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMc1414527/suppl\\_file/nejmc1414527\\_appendix.pdf](http://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMc1414527/suppl_file/nejmc1414527_appendix.pdf)).

In deze frequentiestudie werd vastgesteld dat in 2013, in een tijdsspanne van zes maanden, in 7,4% van 349 gevallen geen tweede arts geraadpleegd (tabel S1, p.3).

hun jaarlijkse verslagen steeds geanonimiseerde casussen om transparantie te creëren over hoe de commissie oordeelt in welbepaalde gevallen. Deze leden bevelen aan dat elk jaar van één tiende van het aantal gerapporteerde gevallen een dergelijke samenvatting publiek wordt gemaakt door de FCEE. Alle in het jaarverslag gehanteerde categorieën van aandoeningen dienen proportioneel vertegenwoordigd te zijn in deze selectie, met binnen elke categorie voornamelijk inclusie van de meer complexe gevallen.

**Deze leden** bevelen eveneens aan dat de anonimiteit van artsen bij de aangifte<sup>78</sup> van euthanasiegevallen aan de FCEE wordt opgeheven, weliswaar met dien verstande dat de discretieplicht in hoofde van de leden van de FCEE vanzelfsprekend dient behouden te blijven. Dit voorstel strookt met de Nederlandse procedure waarbij alle leden van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie beschikken over de namen van de uitvoerende en geraadpleegde artsen.<sup>79</sup>

**Andere leden** (onder wie sommigen ervaring hebben met het werk van de FCEE) menen dat dit voorstel niet haalbaar is in België. De Nederlandse Regionale Toetsingscommissies Euthanasie hebben de mogelijkheid een casuïstische benadering te hanteren op basis van uitermate gedetailleerde en niet-anonieme verklaringen vanwege de artsen, met meer bepaald de medische voorgeschiedenis (anamnese) van de patiënt. De FCEE aanvaardt een euthanasieaangifte wel of niet, maar brengt geen met redenen omkleed/gemotiveerd oordeel uit. Het zevende verslag over de jaren 2014-2015 van de FCEE bevat niettemin een speciaal hoofdstuk dat handelt over psychiatrische aandoeningen en gevallen van polyopathie.<sup>80</sup>

**Nog andere leden** menen dat naar het voorbeeld van de Nederlandse Regionale Toetsingscommissies werk moet worden gemaakt van een niet-anonieme, transparante en goed gedocumenteerde rapportering of aangifte van elke euthanasiecasus aan de FCEE. Een dergelijke aanpassing van de werkwijze en procedures van de FCEE moet deel uitmaken van een grondige herziening van de Euthanasiewet.

---

78 Het registratiedocument bestaat uit twee delen. Deel I moet door de arts worden verzegeld, is vertrouwelijk en wordt door de arts aan de commissie overgezonden. Er kan alleen inzage van worden genomen na beslissing van de commissie. In geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietask. Dit deel bevat onder meer de identificatiegegevens van de patiënt, de behandelende arts, de geraadpleegde arts(en). (zie artikel 7 van de Euthanasiewet).

79 Zie bijlage 1.

80 Voor raadpleging van het zevende verslag van de FCEE, zie:  
<http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/fcee-euthanasie-verslag-2016>

## BRONNEN

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Baumstarck, Karine, Laurent Boyer, Mohamed Boucekine, Valérie Aghababian, Nathalie Parola, Christophe Lançon, Pascal Auquier. (2013) "Self-reported quality of life measure is reliable and valid in adult patients suffering from schizophrenia with executive impairment". *Schizophrenia Research* 147: 58-67.

Bolt, Eva, Snijdewind, Marianne, Willems, Dick, van der Heide, Agnes, Onwuteaka-Philipsen, Bregje. (2015) "Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living?". *Journal of Medical Ethics* online first 18 February 2015, doi: 10.1136/medethics-2014-102150.

Bourdieu, Pierre. (1999) *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Cambridge: Polity Press.

Broeckaert, Bert, Joris Gielen, Trudie Van Iersel en Stef Van den Branden. (2009) The Attitude of Flemish Palliative Care Physicians to Euthanasia and Assisted Suicide: An Empirical Study. *Ethical Perspectives* 16(3): 311-335.

Claes S., Vanbouvel L., Haekens A., Eneman M., Otte G., De Lepeleire J., Calmeyn M., Bazan A., Lemmens W. (2015) "Euthanasia for Psychiatric Patients: Ethical and Legal Concerns about the Belgian Practice". Letter to the editor, *BMJ Open*, November 2015. (<http://bmjopen.bmj.com/letters>).

Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. (2006) "European public acceptance of euthanasia: socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries". *Social Science & Medicine* 63: 743-56.

Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. (2014), "Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries". *International Journal of Public Health* 59: 143-156

Dees, Marianne, Myrra Vernooij-Dassen, Wim Dekkers, Chris van Weel (2010) "Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review". *Psycho-Oncology* 19(4): 339-52.

Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., Chambaere, K. (2015) "Expression and granting of requests for euthanasia in Belgium, a comparison of 2007 and 2013". *JAMA Internal Medicine*, publié en ligne le 10 août 2015, doi: 10.1001/jamainternmed.2015.3982.

Greenberg, Gary. (2013) *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry*. New York: Blue Rider Press.

Grisso, Thomas, Paul S. Appelbaum. (1995) "The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments". *Law and Human Behavior* 19(2): 149-74.

Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. (2009) "Nurses' Attitudes towards End-of-Life Decisions in Medical Practice: A Nationwide Study in Flanders, Belgium". *Palliative Medicine* 23: 649-58.

- Joffe, W.G., J. Sandler. (1967) "On the Concept of Pain, With Special Reference to Depression and Psychogenic Pain". *Journal of Psychosomatic Research* 11: 69-75.
- Kelly, Brendan D., Declan M. McLoughlin. (2002) "Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box". *The British Journal of Psychiatry* 181: 278-79.
- Kissane, David W. (2012) "The Relief of Existential Suffering". *Archives of Internal Medicine* 172(19): 1501-5.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). (2004) *Op zoek naar normen voor het handelen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven: rapport Commissie Dijkhuis*. Utrecht: KNMG.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). (2011) *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. Utrecht: KNMG.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG). (2016) *Zelfbeschikking rond levenseinde mag arts niet verplichten*. 5 januari. Utrecht: KNMG
- Lerner B, Caplan A. (2015) "Euthanasia in Belgium and The Netherlands on a slippery slope?". *JAMA Internal Medicine* 175(10):1640-1641. doi:10.1001/jamainternmed.2015.4086
- Mee, Steven, Blynn G. Bunney, Christopher Reist, Steve G. Potkin, William E. Bunney. (2006) "Psychological pain: A review of evidence". *Journal of Psychiatric Research* 40: 680-90.
- Murata, Hisayuki, Tatsuya Morita. (2006) "Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: The first step of a nationwide project". *Palliative and Supportive Care* 4: 279-85.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2009) *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Onwuteaka-Philipsen, Bregje et al. (2007) *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMW, mai 2007.
- Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. (2014) "Jaarverslag 2014". Disponible sur [https://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/Jaarverslag%202014%20ORTE\\_44502.pdf](https://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/Jaarverslag%202014%20ORTE_44502.pdf).
- Schuklenk, U., van de Vathorst, S. (2015), "Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying", *Journal of Medical Ethics*, online first 2 mei 2015, doi:10.1136/medethics-2014-102458.
- Szasz, Thomas. (2007) *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*. Syracuse, New York: Syracuse University Press.
- Thienpont, L, Verhofstadt, M, Van Loon, T, Distelmans, W, Audenaert, K & De Deyn, P (2015), "Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study", *BMJ Open*, 2015:5:e007454 doi:10.1136/bmjopen-2014-007454.
- Van Den Noortgate, N., Vanden Berghe, P., De Lepeleire, J., Ghijsbrechts, G., Lisaerde, J., Beyen, A., mede namens de Werkgroep PaGe Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (2016) "Oud en moe van dagen: levensmoeheid bij ouderen". *Tijdschrift voor Geneeskunde* 72(3):145-157.



van Tol, D., Rietjens, J., van der Heide, A. (2010) "Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners". *Health Policy* 97: 166-172.

van Wijngaarden, Els. (2016a) *Voltooid leven: over leven en willen sterven*. Amsterdam: Atlas Contact, 202 p.

van Wijngaarden, Els. (2016b) *Ready to give up on life: a study into the lived experience of older people who consider their lives to be completed and no longer worth living*. Utrecht: University of Humanistic Studies.

## **RECHTERLIJKE BESLISSINGEN**

Hoge Raad (2002) HR:2002:AE8772 (Brongersma)

Het advies werd voorbereid in de beperkte commissie 2014/1, samengesteld uit:

Covoorzitters	Coverslaggevers	Leden	Lid van het Bureau
Martin HIELE	Sigrid STERCKX	Dominique BRON	Paul COSYNS
Guy LEBEER	Jacqueline HERREMANS	Patrick CRAS	
		Wim DISTELMANS	
		Martine DUMONT	
		Evelyne LANGENAKEN	
		Willem LEMMENS	
		Julien LIBBRECHT	
		Dominique LOSSIGNOL	
		Jacques MACHIELS	
		Christine MATRAY	
		Dominique PIGNOLET	
		Richard REGA	
		Robert RUBENS	
		Paul VANDEN BERGHE	
		Joris VANDENBERGHE	

#### Lid van het secretariaat

Veerle Weltens

#### Gehoorde deskundigen

Nele VAN DEN NOORTGATE, prof. dr., Geriater UZ Gent

Herman NYS, prof., expert gezondheidsrecht, KU LEUVEN

**De werkdocumenten van de beperkte commissie 2014/1** – vraag, bijdragen van de leden, notulen van de vergaderingen, geraadpleegde documenten – zijn bewaard als bijlagen 2014/1 op het documentatiecentrum van het Comité en kunnen aldaar worden geraadpleegd en gekopieerd.

\* \* \*

Dit advies kan worden geraadpleegd op [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth).

## **Bijlage 1**

Nederland : Model voor een verslag van de behandelend arts opgesteld aan de hand van de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2 van de Nederlandse wet toetsing levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding.

## INLEIDING

Dit betreft een elektronische versie van het model voor een verslag van de behandelend arts in verband met een melding aan de gemeentelijke lijkschouwer van het overlijden als gevolg van de toepassing van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Het model is bij besluit 12 maart 2016 vastgesteld (Staatsblad 2016, 110) en van kracht per 1 juli 2016.

De KNMG heeft dit formulier bewerkt, waardoor het op de computer is in te vullen. Met dit elektronische formulier kunt u verslag doen. De KNMG is op geen enkele wijze verantwoordelijk voor de inhoud en/of het gebruik van dit formulier. Zie ook [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl).

## TECHNISCHE INSTRUCTIE

- Het formulier is gemaakt in Microsoft Word.
- Vul uw eigen persoonsgegevens (éénmalig) in en sla deze op via Bestand (*File*), Opslaan als (*Save as*), met een logische naam op uw vaste schijf van de computer, bijvoorbeeld Modelverslag Melding Behandelaar.doc. Dit bestand kunt u bij eventuele volgende meldingen gebruiken.
- Het zojuist gemaakte bestand Modelverslag Melding Behandelaar.doc nogmaals opslaan via Bestand, Opslaan, met een logische naam bijv. Modelverslag Melding Behandelaar Datum Naam.doc. Dit is dan het actieve werkbestand ten behoeve van de betreffende melding.
- De tekst van de vragen kunt u niet wijzigen.
- De ruimte voor de beantwoording van de vragen zijn de gearceerde velden.
- Met de Tab-toets gaat u van vraag naar vraag.
- Bij het beantwoorden van een vraag kunt u met Shift-Enter naar een volgende regel.
- De arceringen worden niet geprint.
- Een fraaie pagina-indeling wordt bereikt door aan de antwoordvelden enkele witregels (met Shift-Enter) toe te voegen. Dit hangt mede af van uw printerinstellingen.

Deze toelichtingspagina is niet beveiligd zodat u deze desgewenst kunt verwijderen.

### **HOE VOORKOM IK VRAGEN VAN DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIE EUTHANASIE EN BESPOEDIG IK DE OORDEELSVORMING?**

De Regionale toetsingscommissies euthanasie toetsen (RTEe) achteraf het handelen van de meldend arts aan de hand van de in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aan de hand van de zorgvuldigheidseisen.

#### **Om te zorgen dat de afhandeling zo snel als mogelijk verloopt is het zaak om:**

- volledig verslag te doen, bij voorkeur op de pc;
- alle vragen te beantwoorden en een nadere motivering te geven;
- voor de consultatie een SCEN-arts te raadplegen en te controleren of het verslag voldoende informatie bevat;
- de levensbeëindiging op verzoek precies uit te voeren volgens de KNMG/KNMP Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, augustus 2012. Vul ook de gebruikte middelen, doseringen, wijze van toediening(sweg) en tijdsverloop in.
- de melding van een hand- en dagtekening te voorzien.

Mocht de Rte toch vragen hebben, beantwoord deze dan zo snel en compleet mogelijk.

## **MODEL voor een VERSLAG van de BEHANDELEND ARTS**

In verband met een melding aan de gemeentelijke lijkschouwer van het overlijden als gevolg van de toepassing van de levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding.

Bij melding aan de gemeentelijke lijkschouwer van een niet-natuurlijke dood als gevolg van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding verstrekt de behandelend arts aan de gemeentelijke lijkschouwer een beredeneerd verslag dat is opgesteld volgens onderstaand model. Met behandelend arts wordt bedoeld *de arts die de levensbeëindiging op verzoek (euthanasie) heeft uitgevoerd of hulp bij zelfdoding heeft verleend.*

Dit model is opgesteld aan de hand van de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding.

Om de toetsingscommissie in staat te stellen zo goed mogelijk een oordeel te geven over de naleving van de zorgvuldigheidseisen, is het van belang dat u de *antwoorden op de gestelde vragen motiveert*. Daarbij kan nadere informatie zoals:

- een schriftelijke wilsverklaring;
- een specialistenbrief;
- een (gedeelte) van het patiëntjournaal;

een waardevolle bijdrage leveren. Indien de ruimte voor de beantwoording van een vraag tekort schiet, maakt u dan ook gebruik van een bijlage. Vergeet niet op de bijlage duidelijk aan te geven op welke vraag of vragen deze betrekking heeft.

In dit model wordt alleen de term "levensbeëindiging op verzoek" gebruikt. Hiermee wordt zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding bedoeld. Bij euthanasie dient de arts de dodelijke middelen aan de patiënt toe. Bij hulp bij zelfdoding ontvangt de patiënt van de arts de middelen die de patiënt zelf inneemt.

Met de term "patiënt" wordt in dit model zowel man als vrouw bedoeld.

## GEGEVENS BEHANDELEND ARTS

Voorletters:

Tussenvoegsel:

Achternaam:

Geslacht:  man  vrouw

Instellingsnaam  
Voorzover van toepassing

Werkadres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

Functie:  huisarts  
 medisch specialist → naam specialisme:  
 specialist ouderengeneeskunde  
 andere arts, namelijk:

## GEGEVENS OVERLEDENE

Voorletters:

Tussenvoegsel:

Achternaam:

Geslacht:  man  vrouw

Datum van overlijden:

Geboortedatum:

In welke plaats overleed patiënt?

Waar heeft het overlijden plaatsgevonden?

thuis  familie  verzorgingshuis  
 verpleeghuis  hospice  ziekenhuis  
 anders, namelijk:

## UITZICHTLOOS EN ONDRAAGLIJK LIJDEN

1. Aan welke aandoening, die aanleiding was voor het verzoek tot levensbeëindiging leed de patiënt en sinds wanneer?  
Voeg, indien aanwezig, een of meer specialistenbrieven toe waarin de diagnose wordt gesteld.
2. Door wie en wanneer is de patiënt voorgelicht over (de huidige situatie, het beloop, de prognose van) het ziekteproces?
3. Welke therapeutische en palliatieve alternatieven zijn met patiënt besproken, inclusief de voor- en nadelen, en wat was de mening van de patiënt daarover?
4. Welke therapeutische maatregelen zijn ingezet en wat was daarvan het resultaat?  
Methoden, middelen, dosering.
5. Welke palliatieve maatregelen zijn ingezet en wat was daarvan het resultaat?  
Methoden, middelen, dosering.
6. Beschrijf – vanuit het perspectief van de patiënt – waaruit zijn lijden bestond en wat dat lijden voor deze patiënt ondraaglijk maakte?
7. Waarom bent u ervan overtuigd dat het lijden naar heersend medisch inzicht uitzichtloos is?
8. Wat maakte dat het ondraaglijke lijden van deze patiënt voor u invoelbaar was?  
Beschrijf bijvoorbeeld de klachten of aspecten van het lijden en de (niet alleen medische) zorg die de patiënt nodig had.

## VRIJWILLIG EN WELOVERWOGEN VERZOEK

9. Wanneer is er voor het eerst *in algemene* zin door de patiënt (met u) over levensbeëindiging op verzoek gesproken?  
Als de patiënt *toen* een schriftelijke wilsverklaring heeft overhandigd, alstublieft de datum van de verklaring vermelden.
10. Beschrijf *wanneer* de patiënt voor het eerst aan u om *daadwerkelijke* uitvoering van levensbeëindiging heeft verzocht en wanneer de patiënt dit verzoek heeft herhaald?  
Als dit verzoek eerder aan anderen (bijvoorbeeld collega's) is geuit of als daar anderen (bijvoorbeeld verpleegkundigen of verzorgenden) bij waren, dit alstublieft vermelden.
11. Als er een (schriftelijke) wilsverklaring aanwezig is, voeg deze dan toe.  
Een schriftelijke wilsverklaring is geen wettelijk vereiste, maar kan aan arts en consulent soms meer duidelijkheid verschaffen met betrekking tot het verzoek om levensbeëindiging. Dat zelfde geldt voor video -of audiomateriaal dat is vervaardigd, bijvoorbeeld omdat een patiënt niet (meer) in staat is te schrijven. Indien gewenst kan ook dit materiaal worden bijgevoegd.
12. Waaruit hebt u afgeleid dat het verzoek van de patiënt *niet* is geuit onder druk of invloed van anderen?

13. Waaruit hebt u afgeleid dat de patiënt zich ten volle bewust was van de strekking van het verzoek en van zijn situatie?

## CONSULTATIE

14. Welke arts heeft u geraadpleegd of geconsulteerd over het verzoek van de patiënt?  
U moet volgens de wet ten minste één onafhankelijke arts hebben geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel aan u heeft geven over de zorgvuldigheidseisen. Voeg alstublieft het consultatieverslag toe.

Voorletters:

Tussenvoegsel:

Achternaam:

Geslacht:  man  vrouw

Instellingsnaam:  
Voor zover van toepassing

Werkadres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

Functie:  huisarts  
 medisch specialist → naam specialisme:  
 specialist ouderengeneeskunde  
 andere arts, namelijk:  
 tevens SCEN-arts

15. Wanneer heeft de geraadpleegde arts de patiënt bezocht? Datum:
16. Motiveer waarom u en de geraadpleegde arts onafhankelijk zijn ten opzichte van elkaar.
17. Had de geraadpleegde arts een behandelrelatie met patiënt?  
 nee  
 nee, maar patiënt is wel in de waarneming door de geraadpleegde arts gezien  
 ja, ooit gehad maar dat is langer dan                      maanden geleden  
 ja



18. Heeft u voor een *tweede* maal een onafhankelijke arts geraadpleegd over het verzoek van patiënt?

Indien een geraadpleegde onafhankelijke arts de patiënt heeft bezocht *geruime* tijd vóór het overlijden verdient het aanbeveling voor de tweede maal een onafhankelijke arts te raadplegen. Voeg alstublieft het 2<sup>e</sup> consultatieverslag toe.

nee → ga naar vraag 20

ja → Was dit dezelfde arts als bij de eerste raadpleging?

ja → ga naar vraag 19

nee → Vul hieronder de gegevens in van deze *tweede* onafhankelijke arts (zie vraag 14, 16 en 17)

19. Wanneer heeft de tweede geraadpleegde arts de patiënt bezocht?  
Datum:

#### UITVOERING VAN DE LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK

20. Door wie werd de levensbeëindiging op verzoek uitgevoerd of de hulp bij zelfdoding (door het aanreiken van de middelen) verleend?

→ Naam: .....

21. **Wijze van uitvoering**

Hulp bij zelfdoding: de patiënt nam het euthanaticum zelf in of bracht het in via een enterale sonde → Ga naar vraag 22.a

Levensbeëindiging op verzoek: de arts diende de euthanatica toe aan de patiënt → Ga naar vraag 22.b

Een combinatie van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek → Ga naar vraag 22.c.

22.a **Hulp bij zelfdoding**

*Haal door wat niet van toepassing is:*

De patiënt nam het euthanaticum zelf in / bracht het euthanaticum zelf in via de enterale sonde.

Welke middelen werden gebruikt? .....

Wat was de dosering in grammen? .....

Hoeveel tijd verliep tussen het innemen of inbrengen van het euthanaticum en het overlijden? ..... minuten.

22.b **Levensbeëindiging op verzoek**

Welk coma-inducerend middel werd gebruikt? .....

Wat was de dosering in mg? .....

Wat was de toedieningswijze?

- injectie ( intraveneus)
- elastomeerpomp
- infuus
- anders, namelijk: .....

Op welke wijze heeft u vastgesteld dat er sprake was van een voldoende diep coma?

Welk spierrelaxans werd gebruikt? .....

Wat was de dosering in mg? .....

Wat was de toedieningswijze?

- bolusinjectie (intraveneus)
- anders, namelijk: .....

Tijdstip toediening coma-inductor . uur

Tijdstip toediening spierverslapper . uur

Tijdstip overlijden . uur

### 22.c Een combinatie van hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging op verzoek

Haal door wat *niet* van toepassing is:

De patiënt nam het euthanaticum zelf in / bracht het euthanaticum zelf in via de enterale sonde.

Welke middelen werden gebruikt? .....

Wat was de dosering in grammen? .....

Na hoeveel tijd werd besloten dat het overlijden te lang uitbleef? .....

minuten

Welk coma-inducerend middel werd vervolgens gebruikt? .....

Wat was de dosering in mg? .....

Wat was de toedieningswijze?

- injectie ( intraveneus)
- elastomeerpomp
- infuus
- anders, namelijk: .....

Op welke wijze heeft u vastgesteld dat er sprake was van een voldoende diep coma?

.....  
.....  
.....

Welk spierrelaxans werd gebruikt? .....

Wat was de dosering in mg? .....

Wat was de toedieningswijze?

- bolusinjectie (intraveneus)
- anders, namelijk: .....

Tijdstip toediening coma-inductor . uur

Tijdstip toediening spierverslapper . uur

Tijdstip overlijden . uur

23. Deden zich bij de uitvoering problemen voor? .....

Zo ja, beschrijf deze en beschrijf uw handelwijze.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**OVERIGE OPMERKINGEN**

24. Zijn er nog punten die u onder de aandacht van de regionale toetsingscommissie euthanasie wilt brengen en die u bij de beantwoording niet kwijt kon?

.....

Datum:

Handtekening: