

## Euthanasie bij psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening. Een terugblik op het assisenproces Tine Nys

*Michèle Morel (Studiedienst)*

### Samenvatting

*Begin 2020 stonden drie artsen terecht voor het Hof van Assisen omwille van hun betrokkenheid bij de euthanasie van een vrouw met een psychiatrische aandoening. Het was een uitzonderlijk, ongezien proces in ons land.*

*Euthanasie bij psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening is een bijzonder complexe en delicate problematiek. Men kan stellen dat de Belgische euthanasiewet (2002) euthanasie toelaat bij psychiatrische patiënten (hoewel door sommigen gecontesteerd), mits naleving van een aantal voorwaarden. Omdat de wet vaagheden en onduidelijkheden bevat, werden richtlijnen opgesteld door de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (2017) en de Orde van artsen (2019). Door een anomalie in de euthanasiewet, kan een schending van eender welke (essentiële of procedurele) wettelijke voorwaarde leiden tot strafrechtelijke vervolging van de betrokken artsen voor gifmoord.*

*In vergelijking met het buitenland kent België, samen met enkele andere landen, een liberale euthanasieregeling. Als we de cijfers bekijken betreffende de geregistreerde gevallen van euthanasie in ons land, zien we dat euthanasie bij psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening weinig wordt toegepast in vergelijking met euthanasie bij somatische aandoeningen (minder dan 2% van het totale aantal).*

*Euthanasie bij psychiatrische patiënten is ook op ethisch niveau een controversiële kwestie. Zij die menen dat psychiatrische patiënten nooit volledig uitbehandeld zijn, beschouwen het toepassen van euthanasie bij deze patiënten als een falen van de zorgverlening. Volgens anderen kan euthanasie een menswaardig alternatief betekenen voor zelfdoding, wanneer er werkelijk geen uitzicht meer is op beterschap. Een grondige ethische afweging is dan vereist.*

*De drie artsen die terechtstonden voor gifmoord werden allen, om verschillende redenen, vrijgesproken door de volksjury. De impact van dit euthanasieproces zal mogelijk verder reiken dan de vrijgesproken artsen en de familie van de patiënte. Zowel voor de euthanasiepraktijk als voor de wetgeving rond euthanasie kan dit proces gevolgen hebben. Het proces heeft ook duidelijk gemaakt dat ons land nog sterker dient te investeren in de geestelijke gezondheidszorg: in de eerste plaats willen we vermijden dat mensen vervroegd wensen te sterven. Via genezing of behandeling waar het kan, zo niet door in te zetten op 'crustatieve zorg' ('schelpzorg'): een palliatief zorgkader dat mensen rechthoudt en waarin men zich geborgen voelt.*

*Sleutelwoorden: Euthanasie, psychiatrische aandoening, ondraaglijk lijden, medische uitzichtloosheid, Hof van Assisen, gifmoord, crustatieve zorg*

### Inhoudstafel

1. Inleiding
2. Het euthanasieproces Tine Nys: een overzicht
3. Het wetgevend kader voor euthanasie in een psychiatrische context
4. Enkele cijfers
5. Ethische bedenking: euthanasie als menswaardig alternatief voor zelfdoding of een falen van zorgverlening?
6. Juridische argumentatie in het euthanasieproces
7. Gevolgen van het euthanasieproces
8. Tot slot

## 1. Inleiding

In januari 2020 stonden drie artsen terecht voor het Hof van Assisen van Gent voor het misdrijf 'vergiftiging' (gifmoord). Ze waren in 2010 betrokken bij de euthanasie van Tine Nys, een jonge vrouw met psychiatrische problemen. Dit euthanasieproces beheerste de actualiteit en kreeg veel aandacht vanuit medische en politieke hoek. Het is dan ook de eerste keer sinds de invoering van de wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002 (hierna: euthanasiewet) dat artsen in ons land strafrechtelijk vervolgd werden voor inbreuken op de euthanasiewet.

Naar aanleiding van dit belangrijke proces staan we in dit artikel stil bij de complexe en delicate problematiek van euthanasie bij psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening. Na een beknopt overzicht van het proces (feiten, verloop, uitspraak), bespreken we het wetgevend kader voor euthanasie bij personen met een psychiatrische aandoening in België en maken we hierbij de vergelijking met het buitenland. We bekijken ook de prevalentie van euthanasie in deze context aan de hand van enkele cijfers, en formuleren een ethische bedenking. Daarna buigen we ons over de juridische argumentatie in het proces. Tot slot werpen we een blik op de gevolgen van het proces voor de euthanasiepraktijk en -wetgeving.

Dit artikel buigt zich uitsluitend over het 'actueel euthanasieverzoek' en laat de wilsverklaring euthanasie (waarbij euthanasie wordt gevraagd voor een toekomstige situatie van onomkeerbaar coma) buiten beschouwing.

## 2. Het euthanasieproces Tine Nys: een overzicht

### 2.1. Feiten en verloop

Tine Nys was een 38-jarige vrouw die kampte met zware psychiatrische problemen. Ze ondernam in haar verleden verschillende zelfdodingspogingen en werd meerdere malen voor lange periodes opgenomen in psychiatrische voorzieningen. De vrouw had een moeilijke jeugd gehad. Nadat haar laatste liefdesrelatie stukgelopen was, verslechterde haar situatie verder.

Eind 2009 sprak Tine Nys bij haar huisarts over haar wens tot euthanasie. Nadat in de daaropvolgende maanden twee andere artsen, waaronder een psychiater, hun akkoord gaven, werd de euthanasie uitgevoerd op 27 april 2010. De vrouw kreeg euthanasie op grond van 'uitzichtloos psychisch lijden'. De familieleden waren aanwezig op het moment van de euthanasie, hoewel ze ernstige bezwaren hadden.

Na een overlijden door euthanasie dient de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (hierna: Euthanasiecommissie), opgericht door de euthanasiewet, te oordelen of de wettelijke voorwaarden nageleefd werden. Het gaat dus om een a posteriori controle van de regelmatigheid van de euthanasie. Volgens de leden van de commissie (unaniem) was in het dossier Nys aan alle voorwaarden voldaan.

Desondanks ondernam de familie van Tine Nys gerechtelijke stappen. Een van de zussen van Tine diende acht maanden na de euthanasie klacht in bij de onderzoeksrechter van Dendermonde, omdat volgens haar de euthanasiewet was geschonden. De zussen stelden dat Tine niet ongeneeslijk ziek was (borderline), terwijl dat een voorwaarde is voor euthanasie. Daarnaast werd ze volgens de zussen nooit behandeld voor de nieuwe diagnose (autisme) die ze kreeg twee maanden voor haar overlijden, en was ze dus niet 'uitbehandeld'. Ook de manier waarop de euthanasie werd uitgevoerd, werd door de familie aangehaald (afwezigheid van nodige materiaal, gebrek aan sereen kader e.a.).

In 2015 werden de drie artsen (de arts die de euthanasie uitvoerde, de huisarts van Tine Nys en een psychiater) buiten vervolging gesteld door de raadkamer van Dendermonde. Tegen deze beslissing ging de familie in beroep, waardoor de zaak werd heropend. In 2018 werd de zaak doorverwezen door de kamer van inbeschuldigingstelling van Gent naar het Hof van Assisen, omdat er 'voldoende aanwijzingen' zouden zijn dat de wettelijke voorwaarden niet werden nageleefd.

Een doorverwijzing naar het Hof van Assisen impliceert dat een volksjury, bestaande uit twaalf burgers die worden aangeduid via lottrekking, oordeelt over schuld en onschuld van de beschuldigde(n). De jury had aldus de taak om de drie artsen al dan niet schuldig te verklaren aan gifmoord, wat, gezien het bijzonder delicate onderwerp en de complexiteit van de vele technische en juridische aspecten, geen eenvoudige opdracht was.

Het proces duurde tien dagen en verliep, zoals vaak het geval is bij assisenprocessen, erg emotioneel. De media was uitgebreid aanwezig en er waren zitplaatsen tekort voor het vele publiek (de zittingen zijn in principe openbaar), dat op bepaalde momenten overigens ongepast reageerde. De impact van dergelijk proces op het professionele en privéleven van de beschuldigten, in casu de artsen, is aanzienlijk, zelfs los van de uitspraak. Je kan je ook de vraag stellen of de familie, die in essentie op zoek was naar antwoorden op hun vele vragen over de euthanasie bij Tine, eerder dan dat ze uit was op bestraffing, dergelijk proces voor ogen had. Sterker nog, volgens vrienden van Tine Nys zou de jonge vrouw dit proces helemaal niet gewild hebben.

## 2.2. Uitspraak en cassatieberoep

Op 31 januari viel de uitspraak in het proces: na meer dan acht uur beraad over de schuldvraag werden de artsen alle drie vrijgesproken door de jury. Ze zijn dus niet schuldig bevonden aan gifmoord op Tine Nys. Verder in dit artikel wordt ingegaan op de juridische argumentatie.

Op 17 februari 2020 raakte bekend dat de advocaat van de familie beroep aantekent bij het Hof van Cassatie omdat de uitspraak van de volksjury volgens hem onwettig is. Het Hof van Cassatie oordeelt enkel over de wettelijkheid van de rechterlijke beslissing (slechte toepassing van de wet, procedurefouten, ...), zonder zich uit te spreken over de grond (de feiten) van de zaak. Omdat enkel de burgerlijke partij (de familie van Tine Nys) en niet het openbaar ministerie beroep heeft aangekend, komt er sowieso geen nieuw assisenproces en is de strafrechtelijke vrijspraak van de artsen definitief. Het is wel mogelijk, indien het Hof van Cassatie de uitspraak vernietigt, dat de rechters (geen jury) die zich dan moeten uitspreken over het burgerrechtelijke deel van de zaak, oordelen dat de artsen wel degelijk fouten hebben gemaakt (volgens het burgerlijk recht) en schadevergoedingen moeten betalen aan de familie van Tine Nys.

## 3. Het wetgevend kader voor euthanasie in een psychiatrische context

### 3.1. Wetgeving in België

De Belgische euthanasiewet zag het licht op 28 mei 2002.<sup>1</sup> Euthanasie wordt in deze wet omschreven als 'het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere [een arts] dan de betrokkene [de patiënt], op diens verzoek' (art. 2 euthanasiewet). De vraag naar euthanasie kan dus enkel en alleen van de patiënt zelf komen. Niemand, ook niet de vertegenwoordiger inzake patiëntenrechten, kan in de plaats van de patiënt om euthanasie verzoeken.

Uit de voorbereidende werken van de euthanasiewet blijkt dat het niet de bedoeling was om de wet toe te passen op patiënten met een psychiatrische aandoening.<sup>2</sup> De wettekst sluit psychiatrische patiënten echter niet expliciet uit, waardoor de wet in de praktijk toch ook op deze patiënten is toegepast.

Men kan dus stellen dat de wet euthanasie bij psychiatrische patiënten toelaat, mits naleving van bepaalde voorwaarden (art. 3 euthanasiewet). Enerzijds zijn er een aantal essentiële

of grondvoorwaarden die betrekking hebben op de hoedanigheid van de patiënt, de aard van het verzoek en de medische toestand van de patiënt. Anderzijds zijn er enkele vorm- en procedurevoorwaarden die de arts die de euthanasie uitvoert moet naleven (in essentie verplichtingen inzake informatie en consultatie). Met andere woorden, de wetgever heeft geen absoluut recht op euthanasie ingevoerd, wel een recht om euthanasie te verzoeken en hierin gehoord te worden.

De euthanasiewet is op verschillende plaatsen vaag en onduidelijk, zeker als het gaat om euthanasie in psychiatrische context. Daarom werden door verschillende actoren richtlijnen of adviesteksten opgesteld, bijvoorbeeld door de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) (2017) en de nationale raad van de Orde van artsen (2019), met zorgvuldigheidscriteria voor euthanasie bij psychiatrische patiënten. Deze richtlijnen/adviesteksten geven een (deontologische) interpretatie aan de wettelijke voorwaarden en voegen gedragsregels toe (extra vereisten) aan de bestaande wetgeving. Hieronder wordt niet alleen naar de wet, maar ook af en toe naar deze documenten verwezen. Deze hebben weliswaar geen strikt juridische waarde in het kader van strafrechtelijke aansprakelijkheid, maar kunnen wel relevant zijn bij de invulling van de zorgvuldigheidscriteria in de context van burgerrechtelijke aansprakelijkheid (Vinck et al, 2006, pp. 20-24).

#### 3.1.1. Essentiële voorwaarden (art. 3, §1 euthanasiewet)

- Handelingsbekwame, bewuste patiënt

De patiënt die om euthanasie verzoekt, moet handelingsbekwaam en bewust zijn op het ogenblik van zijn verzoek. Dat betekent, enerzijds, dat er geen juridische beschermingsmaatregel van toepassing mag zijn op de patiënt waardoor hij geen euthanasie meer mag verzoeken ('handelingsonbekwaam'). Het is aan de arts die de euthanasie uitvoert om dit na te gaan.

Anderzijds moet de patiënt bewust zijn van de handeling die hij stelt en dus feitelijk bekwaam of wilsbekwaam zijn. Hij moet zijn wil kenbaar kunnen maken, zelf en zelfstandig kunnen beslissen om euthanasie te verzoeken en de gevolgen ervan goed kunnen inschatten. Ook hier is het de arts die moet oordelen over de situatie. 'Bij psychiatrische patiënten is deze beoordeling niet evident omdat een psychiatrische stoornis de wilsbekwaamheid van de patiënt kan aantasten. Een psychiatrische stoornis impliceert evenwel niet automatisch dat de patiënt geen weloverwogen en geldig euthanasieverzoek kan formuleren.' (Orde van artsen, 2019, p. 4)

De patiënt moet wilsbekwaam zijn op het moment van het formuleren van zijn verzoek, maar moet dit ook blijven gedurende de hele exploratie van dit verzoek. Dit staat niet expliciet in de

1. Inwerkingtreding op 20 september 2002.

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

wet, maar het kan worden afgeleid uit de voorwaarde dat het verzoek om euthanasie ‘overwogen’ moet zijn (De Laat et al, 2018, p. 10 en p. 21).

- Meerderjarige patiënt of ontvoogde minderjarige

Om in aanmerking te komen voor euthanasie in de context van een psychiatrische aandoening, moet de patiënt meerderjarig of een ontvoogde minderjarige<sup>3</sup> zijn. De wet stelt immers dat euthanasie bij oordeelsbekwame<sup>4</sup> minderjarigen enkel mogelijk is als de minderjarige ‘binnen afzienbare tijd’ zal overlijden. Psychiatrische aandoeningen op zich geven slechts zelden aanleiding tot het overlijden van de patiënt (Orde van artsen, 2019, p. 2). Daarom zijn psychiatrische patiënten bijna altijd niet-terminale patiënten die niet ‘binnen afzienbare tijd’ zullen overlijden. Bovendien moet er bij minderjarigen sprake zijn van fysiek lijden (psychisch lijden komt niet in aanmerking).

- Vrijwillig, overwogen, herhaald en duurzaam verzoek, vrij van enige externe druk

Een euthanasieverzoek moet vrijwillig zijn en mag niet tot stand gekomen zijn als gevolg van enige externe druk van financiële, sociale, psychologische, economische of andere aard. De arts is verantwoordelijk om de vrijwilligheid vast te stellen en om eventuele externe invloed of druk te achterhalen.

Een verzoek is overwogen als het de werkelijke wil van de patiënt vertolkt. De arts moet de motivatie van het verzoek nagaan: gaat het werkelijk om een vraag om het leven te beëindigen, of schuilt er een onderliggende vraag achter het euthanasieverzoek? (bijvoorbeeld een vraag naar meer contact, sociale steun of meer aandacht voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt). Bij psychiatrische patiënten moet de arts zich er bovendien van verzekeren dat de wens om te sterven geen symptoom is van de aandoening (VVP, 2017, p. 25).

De patiënt moet zijn verzoek verschillende keren, gespreid in de tijd, (mondeling) verwoorden. Dit moet uitsluiten dat een euthanasievraag ingegeven is door een tijdelijke, voorbijgaande crisissituatie. Het verzoek moet wel schriftelijk worden bevestigd (vormvoorwaarde, art. 3, §4 euthanasiewet). Ook tussen de herhalingen door moet de wil tot euthanasie blijven bestaan: het verzoek moet duurzaam zijn (De Laat et al, 2018, p. 11). Bij psychiatrische patiënten vereist het vaststellen van het duurzaam karakter van het euthanasieverzoek een langdurige opvolging (Orde van artsen, 2019, p. 3):

‘De nationale raad is van mening dat de arts zich slechts kan verzekeren van het duurzaam karakter van het verzoek van de psychiatrische patiënt indien de patiënt wordt op-

gevolgd gedurende een voldoende langdurige periode. De evolutie van de gezondheidstoestand van de psychiatrische patiënt is vaak onvoorspelbaar. De initieel uitzichtloze gezondheidssituatie kan aanzienlijk veranderen na verloop van tijd en mits de toepassing van een gepast zorgtraject. Het is thans niet aanvaardbaar om het verzoek tot euthanasie van de psychiatrische patiënt in te willigen op basis van het feit dat er een wettelijke termijn van één maand is verlopen na het schriftelijk verzoek, zonder dat deze patiënt een behandeltraject heeft gevolgd, gespreid over een langdurige periode.’

Volgens de Orde van artsen kan euthanasie bij psychiatrische patiënten met andere woorden pas worden toegepast na een jarenlang ziekte- en zorgproces. Het lijkt inderdaad niet gepast om de wet zo te interpreteren dat het exploratieproces van de euthanasievraag slechts een maand in beslag hoeft te nemen. Sommigen suggereren een periode van één jaar als tijdsperspectief in dit verband (Zorgnet-Icuro, 2018, p. 21 en p. 25).

- Medisch uitzichtloze toestand van ondraaglijk lijden door ongeneeslijke aandoening

Er moet sprake zijn van een ernstige, ongeneeslijke aandoening die veroorzaakt is door ziekte of ongeval, en die niet te lenigen, aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden tot gevolg heeft. In dit artikel gaat het over een psychiatrische aandoening die psychisch lijden tot gevolg heeft. De toestand van de patiënt moet medisch uitzichtloos zijn: niets kan nog voldoende verlichting bieden voor de patiënt, er bestaat geen redelijk behandelperspectief meer. Niet alleen terminale patiënten, maar ook personen die ‘niet binnen afzienbare tijd’ zullen overlijden (waaronder de meeste psychiatrische patiënten), komen volgens de wet in aanmerking.

Aangezien het om een ernstige, ongeneeslijke aandoening moet gaan, komt psychisch lijden door bijvoorbeeld zwaar liefdesverdriet of levensmoedheid niet in aanmerking voor euthanasie bij gebrek aan een medische grondslag. De arts die de euthanasie uitvoert moet in het registratiedocument dat hij achteraf verplicht is in te vullen (art. 5 euthanasiewet), een medische diagnose vermelden. Of een bepaalde diagnose in aanmerking komt, dus ernstig en ongeneeslijk is, is te beoordelen door de arts. Bij een psychiatrische aandoening is dit een bijzonder complexe opdracht: de uiteindelijke evolutie van dergelijke aandoening is moeilijk in te schatten. Maar indien er stevast geen uitzicht is op een positieve evolutie van de gezondheidstoestand, kan er volgens de Orde van artsen (2019, p. 2) sprake zijn van ongeneeslijkheid of uitzichtloosheid:

3. Ontvoogding impliceert dat de minderjarige zelfstandig kan beslissen over zijn persoon en zijn goederen. De ontvoogding wordt door de jeugdrechtbank uitgesproken en is enkel mogelijk bij minderjarigen van 15 jaar of ouder.  
4. Oordeelsbekwaam betekent in staat zijn om een oordeel te vormen en te uiten. Of een minderjarige oordeelsbekwaam is, moet door een arts worden beoordeeld.

‘De arts die vaststelt dat de patiënt lijdt aan een ongeneeslijke en uitzichtloze psychiatrische aandoening, moet zich ervan verzekeren dat de patiënt is uitbehandeld. Dit betekent dat de patiënt alle mogelijke evidence-based behandelingen voor zijn aandoening heeft gehad. Wanneer de psychiatrische patiënt voor bepaalde evidence-based behandelingen gebruik heeft gemaakt van zijn recht op weigering, kan de arts geen euthanasie toepassen.

De arts moet hierbij een zekere redelijkheid aan de dag leggen. Hij mag niet vervallen in een therapeutische hardnekkigheid. Het redelijk aantal te volgen behandelingen is begrensd. Het is de bedoeling dat de arts ervan overtuigd is dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt, vanuit een objectief medisch-psychiatrisch perspectief, geen redelijke behandeling meer is die het lijden van de patiënt kan verlichten.’

Voor de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (2017, pp. 16-17) houdt een redelijk behandelperspectief in dat er (1) zicht is op verbetering (2) binnen een overzienbare termijn en (3) met een redelijke verhouding tussen de te verwachten resultaten en de belasting van de behandeling voor de patiënt. Pas als alle wetenschappelijk onderbouwde interventies voor de diagnose in kwestie, die voldoen aan deze drie eisen, op een herstelgerichte en deskundige manier toegepast zijn en ineffectief zijn gebleken, kan er sprake zijn van medische uitzichtloosheid/onbehandelbaarheid. Niet alleen de reguliere biologische behandelingen moeten uitgeprobeerd zijn, maar ook de psychotherapeutische behandelingen en sociale interventies die het lijden draaglijker kunnen maken (zoals sociale begeleiding, verandering van woon- of werkomgeving, enz.).

Om de ongeneeslijkheid en uitzichtloosheid van een psychiatrische aandoening te kunnen bepalen, is dus grondige kennis van de aandoening in kwestie (inclusief de behandelingsmogelijkheden) vereist bij de uitvoerende arts.

Terwijl voor de ongeneeslijkheid en uitzichtloosheid het medisch oordeel bepalend is, is de ondraaglijkheid van het lijden eerder een subjectief gegeven: de patiënt is degene die het best zijn lijden kan inschatten. De arts tracht wel de ondraaglijkheid en het niet te lenigen karakter van het lijden te objectiveren door te toetsen of het lijden voorstelbaar en/of invoelbaar is (De Laat et al, 2018, p. 11). Het psychisch lijden kan gelinkt zijn aan het verlies van waardigheid, wanhoop, afhankelijkheid/verlies van autonomie, verlies van persoonlijke integriteit, eenzaamheid, enz. Het is belangrijk om te benadrukken dat het ondraaglijk lijden in causaal verband moet staan met de ernstige en ongeneeslijke aandoening.

Net omwille van de moeilijkheid om de ongeneeslijkheid en uitzichtloosheid van een psychiatrische aandoening met volledige zekerheid vast te stellen, zijn sommigen van mening dat de euthanasiewet geen euthanasie toelaat bij psychiatrische patiënten. Volgens deze visie zijn patiënten met een psychiatrische aandoening nooit helemaal uitbehandeld. Het is ze-

ker dat euthanasie bij psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening controversiëler is dan euthanasie bij fysiek of psychisch lijden ten gevolge van een somatische (fysieke) aandoening. ‘De meningen lopen sterk uiteen en de discussies verlopen vaak heftig, zowel in de samenleving, in de media als binnen de beroepsgroep van psychiaters.’ (VVP, 2017, p. 4)

Omwille van de specifieke problematiek van psychiatrische aandoeningen, is de Orde van artsen (2019, p. 1) dan ook van mening dat het toepassen van euthanasie bij patiënten die aan deze aandoeningen lijden ‘met zeer grote omzichtigheid’ moet gebeuren.

### [3.1.2. Procedurevoorwaarden \(art. 3, §2 en §3 euthanasiewet\)](#)

Naast de essentiële voorwaarden zijn er ook een aantal procedurevoorwaarden die moeten nageleefd worden bij een euthanasieverzoek. De uitvoerende arts moet:

- de patiënt **inlichten** over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting;
- met de patiënt **overleg plegen** over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog **resterende** therapeutische **mogelijkheden** (zoals experimentele behandelingen), evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken;
- **met de patiënt tot de overtuiging komen** dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt **geen redelijke andere oplossing** is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid;
- zich verzekeren van het aanhoudend lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert hij met de patiënt **meerdere gesprekken** die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;
- een **andere arts raadplegen**. De geraadpleegde arts (‘arts-consulent’) neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt, evalueert de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de uitvoerende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;
- indien er een **verplegend team** is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het **verzoek van de patiënt bespreken** met het team of leden van dat team. De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (2017, p. 28) is van mening dat ook andere belangrijke hulp- en zorgverleners die betrokken zijn of waren moeten gecontacteerd worden over het verzoek, tenzij er gegronde redenen zijn om dit niet te doen.
- indien de patiënt dat wenst, het **verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten** die hij aanwijst. De Orde van artsen benadrukt het belang van het betrekken van de familie en naasten bij het proces (tenzij er goede redenen zijn om dit niet te doen): de arts heeft niet enkel plichten ten aanzien van de patiënt, maar ook ten aanzien van derden die ernstig kunnen geschaad worden door het euthanasieverzoek van

de patiënt (Orde van artsen, 2019, p. 3). Ook de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (2017, p. 27) beschouwt het betrekken van de omgeving als een zorgvuldigheidsvereiste. De individuele autonomie van de patiënt, gebaseerd op het zelfbeschikkingsrecht, kan inderdaad niet los gezien worden van de relationele verbondenheid met betekenisvolle anderen. Men kan daarom spreken van 'autonomie in verbondenheid'. Mensen verwerven autonomie door hun ondersteunende relaties met anderen (Zorgnet-Icuro, 2018, pp. 16-17).

- zich ervan verzekeren dat de patiënt **de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken** met de personen die hij wenste te ontmoeten.

Indien de arts van oordeel is dat de patiënt 'kennelijk niet binnen afzienbare tijd' zal overlijden, moet hij daarnaast nog twee extra voorwaarden naleven (art. 3, §3 euthanasiewet). De wet bepaalt geen concrete tijdsduur voor de notie 'afzienbare tijd', dus is het aan de arts om de situatie te beoordelen. Men kan stellen dat de bijkomende voorwaarden gelden wanneer de geschatte levensverwachting meerdere maanden overschrijdt (De Laat et al, 2018, p. 12). Aangezien dit bij de meeste psychiatrische patiënten het geval is, moet de arts in het geval van een euthanasieverzoek in psychiatrische context:

- een **tweede arts raadplegen**, die volgens de wet psychiater of specialist in de aandoening in kwestie moet zijn. Deze arts moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden alsook van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Deze geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de uitvoerende arts én de eerste geraadpleegde arts;
- **minstens één maand laten verlopen** tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

De vereiste raadpleging van andere artsen verdient verdere toelichting. Deze vereiste is ingevoerd om de situatie te objectiveren en om misbruiken te vermijden. Het laat de arts die de euthanasie uitvoert toe om zijn beslissing te toetsen en om de verantwoordelijkheid in enige mate te delen met collega-artsen.

De opdrachten van de drie betrokken artsen zoals voorzien in de wet, verschillen van elkaar. De arts die euthanasie uitvoert moet zich ervan verzekeren dat alle wettelijke voorwaarden vervuld zijn, terwijl de geraadpleegde artsen beperkte (onderling verschillende) taken toegewezen zijn. De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (2017, p. 13) gaat een stap verder en stelt als zorgvuldigheidsvereiste voorop dat 'de drie betrokken artsen zich elk ten gronde uitspreken over alle wettelijke criteria en zorgvuldigheidsvereisten (en niet alleen over de wettelijk voorziene taken per arts (...)), na meerdere gesprekken die over een redelijke periode worden gespreid'.

De vereiste onafhankelijkheid van de geraadpleegde artsen betekent dat zij onpartijdig moeten zijn. 'Zo mag er geen sprake zijn van een vaste professionele relatie met de behande-

lend [uitvoerend] arts [bijvoorbeeld via een associatie] of een betrokkenheid bij de behandeling. Ook mag hij geen ondergeschikte of familielid zijn van de arts die de euthanasie uitvoert, alsmede geen familie of goede bekende van de patiënt.' (De Laat et al, 2018, p. 12) Hoewel de geraadpleegde artsen dus niet betrokken mogen zijn (geweest) als medebehandelaar, is het wel mogelijk dat er zich een vertrouwensrelatie ontwikkelt tussen de patiënt en de geraadpleegde arts tijdens het evaluatieproces (VVP, 2017, p. 8).

Het resultaat van dergelijke raadpleging is een advies. De arts die de euthanasie uitvoert is er strikt juridisch gezien niet door gebonden. Het staat de arts overigens vrij om een andere arts te consulteren als hij niet akkoord is met het advies. De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (2017, p. 14) stelt echter als zorgvuldigheidsvereiste dat er twee positieve adviezen moeten zijn, en dat eventuele negatieve adviezen mee in overweging moeten worden genomen.

Volgens de Orde van artsen (2019, p. 2) is het logisch dat in het geval van euthanasie bij psychiatrische patiënten, beide geraadpleegde artsen in de praktijk psychiaters zijn. De Orde is bovendien van mening dat de arts die euthanasie overweegt bij een dergelijke patiënt nog een stap verder dient te gaan dan louter een advies vragen en fysiek moet samenkomen met (minstens) de twee psychiaters: 'Een fysieke ontmoeting resulteert in een interdisciplinaire samenwerking waar elke arts zijn standpunten zo objectief mogelijk uitlegt. De artsen stellen gezamenlijk een verslag op en komen tot een gezamenlijk besluit, zonder dat vereist wordt dat zij het over alles eens zijn. Het is aangewezen dat bij dit fysiek overleg alle zorgverleners worden betrokken die regelmatig in contact staan met de psychiatrische patiënt. Naast het verplegend team, is het aangewezen dat ook de psychologen en de psychotherapeuten die mede het zorgtraject realiseren, bij het overleg worden betrokken.'

### [3.1.3. Bijkomende voorwaarden opgelegd door de arts](#)

De arts die de euthanasie uitvoert mag, naast de wettelijk opgelegde voorwaarden, bijkomende voorwaarden verbinden aan zijn optreden. Dit staat expliciet in de wet (art. 3, §2 euthanasiewet) en vloeit voort uit de bepaling dat een arts nooit verplicht is om euthanasie toe te passen (art. 14 euthanasiewet). Hij kan weigeren omwille van medische redenen, maar evengoed omwille van gewetensbezwaren. En hij kan dus ook vrij bepalen welke bijkomende voorwaarden hij wenst op te leggen, bijvoorbeeld: advies van familie, bijkomende informatie, volgen van een experimentele behandeling, ...

Indien de arts weigert om euthanasie toe te passen omwille van een gewetensbezwaar, moet hij dit tijdig laten weten aan de patiënt, waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Hij moet de patiënt doorverwijzen naar een andere door de patiënt aangewezen arts (art. 14 euthanasiewet). Deze doorverwijsplicht geldt niet bij weigering op een medische grond.

### 3.1.4. Strafrechtelijke gevolgen bij niet-naleving van voorwaarden

De euthanasiewet stelt dat de arts die euthanasie toepast en zich er daarbij van verzekerd heeft dat de wettelijke voorwaarden vervuld zijn, geen misdrijf pleegt (art. 3, §1 euthanasiewet). Dit is een zware verantwoordelijkheid. Zijn deze voorwaarden niet nageleefd, dan is euthanasie dus *a contrario* strafbaar. Omdat de wetgever bij het opstellen van de wet niet heeft voorzien in specifieke, aangepaste straffen/sancties voor een onwettige euthanasie, vallen we automatisch terug op het klassieke strafrecht. Aldus maakt de arts zich bij een onwettige euthanasie schuldig aan het misdrijf 'vergiftiging' (art. 397 strafwetboek: '... doodslag gepleegd door middel van stoffen die min of meer snel de dood kunnen teweegbrengen, op welke wijze die stoffen ook toegediend zijn'), en stelt hij zich dus bloot aan strafrechtelijke vervolging. Dit misdrijf wordt gestraft met levenslange gevangenis en wordt daarom sowieso berecht voor het Hof van Assisen.

Het gebrek aan aangepaste straffen impliceert bovendien dat er geen verschillende straf/sanctie van toepassing is volgens het type voorwaarde dat werd geschonden (essentiële voorwaarden versus vorm- en procedurevoorwaarden). Een arts die enkel een procedurevoorwaarde heeft geschonden, riskeert in theorie nog altijd strafrechtelijk vervolgd te worden voor vergiftiging. Dit kan beschouwd worden als een anomalie van de euthanasiewet.

De geraadpleegde artsen kunnen eveneens strafrechtelijk vervolgd worden bij niet-naleving van de relevante wettelijke voorwaarden, en dit volgens de principes van het klassieke strafrecht betreffende mededaderschap (art. 66 strafwetboek).

### 3.2. Vergelijking met het buitenland

België bevindt zich in een eerder uitzonderlijke situatie wanneer het gaat om euthanasiewetgeving.

Wereldwijd vinden we wetgeving terug rond euthanasie in België, Nederland, Luxemburg, Colombia en Canada. Medisch begeleide zelfdoding (waarbij de patiënt zelf een middel inneemt dat is voorgeschreven door een arts) is in een iets groter aantal landen toegelaten: Zwitserland, Nederland, Luxemburg, Colombia, Canada, vijf staten van de Verenigde Staten van Amerika (Oregon, Washington, Montana, Vermont en Californië) (Emanuel et al, 2016) en recentelijk ook in twee Australische deelstaten (Victoria en Western Australia).

Echter, slechts in een deel van deze landen komen niet-terminale psychiatrische patiënten in aanmerking voor euthanasie

(België, Nederland, Luxemburg en Canada) of medisch begeleide zelfdoding (Zwitserland, Nederland, Luxemburg, Canada en Montana) (Emanuel et al, 2016).

België kent dus een liberale euthasie-regeling (maar geen regeling voor medisch begeleide zelfdoding). Het gebeurt dan ook wel vaker dat buitenlanders naar ons land komen om hun leven via euthanasie te kunnen beëindigen. Al wordt euthanasie om psychiatrische redenen hier zelden toegestaan (*De Standaard*, 2017).

## 4. Enkele cijfers

De arts die euthanasie heeft toegepast is verplicht om binnen de vier werkdagen na de uitvoering een registratiedocument in te vullen en te bezorgen aan de Euthasiecommissie (art. 5 euthanasiewet). Deze commissie, die door de euthanasiewet in het leven werd geroepen, is er mee belast om na te gaan, op basis van het registratiedocument, of de euthanasie werd uitgevoerd volgens de wettelijke voorwaarden en procedure-regels. Het gaat dus om een a posteriori controle (achteraf). Indien de commissie oordeelt dat de in de wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, bezorgt zij het dossier aan de Procureur des Konings (artikel 8 euthanasiewet).

Daarnaast moet de commissie tweejaarlijks een rapport opstellen voor het federaal parlement.<sup>5</sup> Naast een beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet en eventuele aanbevelingen, moet dit rapport ook statistische gegevens bevatten die gebaseerd zijn op de informatie verzameld via de registratiedocumenten (artikel 9 euthanasiewet). Deze statistieken geven ons een indicatie van de omvang van de euthanasiepraktijk. Het gaat slechts om een indicatie, omdat in de praktijk niet voor alle euthanasiegevallen een aangifte wordt gedaan (vermoedelijk zelfs 1 op 3 zonder aangifte) (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek, 2017, p. 30).

In 2019 ontving de commissie 2.655 registratiedocumenten. In 1,5% van dat aantal ging het over patiënten jonger dan 40 jaar, terwijl 67,8% van de patiënten ouder was dan 70 jaar. Er werd een enkele (1) euthanasie uitgevoerd bij een (oordeelsbekwame) minderjarige. In de grote meerderheid van de gevallen (83,1%) ging het volgens de arts over een patiënt die binnen afzienbare tijd zou overlijden. De voornaamste categorieën van aandoeningen die aan de basis lagen van de euthanasie, waren kanker (62,5%), polypathologie (17,3%), ziekten van het zenuwstelsel (8,7%), ziekten van het bloedsomloopstelsel (3,4%), ziekten van de luchtwegen (3,2%) en psychische en gedragsstoornissen (1,8%).

5. Deze rapporten zijn te raadplegen op de website van de FOD Volksgezondheid: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/federale-controle-en-evaluatiecommissie-euthanasie>

Deze laatste categorie is voor dit artikel van bijzonder belang. In deze groep vinden we de psychiatrische aandoeningen terug, zoals stemmingsstoornissen (bv. depressie), persoonlijkheidsstoornissen (bv. borderline), autisme, schizofrenie, .... In absolute cijfers gaat het voor deze groep om 49 gevallen (2019). De jaren daarvoor ging het om 2,4% of 57 personen van de 2.357 (2018); 1,7% of 40 personen van de 2.309 (2017); en 1,8% of 37 personen van de 2.028 (2016). Als we de cijfers bekijken voor psychiatrische aandoeningen met uitsluiting van dementie (enkel beschikbaar voor de jaren 2016-2017), dan gaat het over 26 personen (2017) en 27 personen (2016).

Euthanasie bij psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening wordt dus, *relatief gezien*, weinig toegepast.

## 5. Ethische bedenking: euthanasie als menswaardig alternatief voor zelfdoding of een falen van zorgverlening?

### 5.1. Tegengestelde ethische visies

Het debat over euthanasie bij personen met een psychiatrische aandoening wordt niet alleen op juridisch en medisch niveau gevoerd, maar ook op fundamenteel ethisch niveau. Zoals eerder gezegd, is euthanasie in een psychiatrische context een controversiële kwestie, zelfs onder psychiaters. Zij die menen dat psychiatrische patiënten nooit volledig uitbehandeld zijn, beschouwen het toepassen van euthanasie bij deze patiënten als een falen van de zorgverlening. Anderen zijn van mening dat er situaties bestaan waarbij er werkelijk geen uitzicht meer is op beterschap. In dergelijke situaties kan euthanasie volgens hen een menswaardig alternatief betekenen voor zelfdoding.

Het is geen geheim dat de geestelijke gezondheid (szorg) in ons land uitdagingen kent. We hebben hoge percentages overlijdens door zelfdoding, gecombineerd met een hoge consumptie van antidepressiva (Schokkaert, 2016, p. 9). De sector wordt geconfronteerd met onderfinanciering, wachtlijsten, stigmatisering en andere problemen (Vandenberghe, 2013, p. 48). Dit maakt het toepassen van euthanasie bij psychiatrische patiënten nog delicaat: moeten we niet vooral inzetten op verbetering van zorgkwaliteit en -toegankelijkheid om maximaal te voorkomen dat mensen wensen te sterven? En leidt de mogelijkheid om euthanasie te vragen er niet toe dat patiënten sneller de weg van de behandeling verlaten? Anderzijds zal er ook bij de best mogelijke geestelijke gezondheidszorg wellicht een groep mensen overblijven die, desondanks, geen uitweg meer zien. Voor sommigen van hen kan het feit dat hun doodswens of euthanasieverzoek ernstig wordt genomen en

bespreekbaar is, overigens net de moed geven om voor het leven te kiezen en door te gaan met behandeling (Thienpont et al, 2015, p. 5)<sup>6</sup>.

Ook tijdens het euthanasieproces rond Tine Nys kwamen deze tegengestelde visies tot uiting. Een van de getuigen die er werd opgeroepen (biologe/psychologe) is er geen voorstander van dat psychiatrische aandoeningen in aanmerking komen voor euthanasie, en wel omwille van de aangehaalde onmogelijkheid om de ongeneeslijkheid en uitzichtloosheid van psychiatrische ziektes met zekerheid vast te stellen. 'Het komt erop neer dat een behandeling pas kans op slagen heeft als de psycholoog er ook echt in gelooft. Als je niet vertrekt vanuit het idee dat alles weer goed komt met de patiënt die voor je zit, ondermijn je je kracht om met hem of haar te werken. Een therapeut mag dus nooit een plan B hebben, want dan saboteer je het plan A: de patiënt er weer helemaal bovenop helpen.' (Bazan in Knack, 2020) Volgens deze visie is het dus de rol van zorgverleners om blijvende inspanningen te leveren en een blijvende overtuiging aan de dag te leggen dat het beter kan worden, en ook de patiënt zelf daarvan te overtuigen. De zorgverlener blijft hopen in de plaats van de patiënt.

Daartegenover staat de opvatting dat er wel degelijk psychiatrische ziektebeelden bestaan waarbij echt niets meer tot verbetering kan leiden. 'Tegen zo iemand zeggen dat we hem zullen proberen te genezen, is niet alleen onredelijk maar ook onmenselijk.' (Distelmans in Knack, 2020). Men kan inderdaad de vraag stellen of zorgverleners zich niet overschatten als ze geloven dat ze alle aandoeningen kunnen genezen of goed behandelen/stabiliseren.

Anderzijds betekent de visie van Bazan niet noodzakelijk dat men geen respect heeft voor de keuze van de patiënt om verdere behandelingen te weigeren nadat hij er al een lang traject heeft opzitten waarbij hij al het redelijke heeft geprobeerd om beter te worden, maar zonder resultaat. Dat behoort tot het recht op zelfbeschikking van de patiënt. Echter, volgens Bazan (Knack, 2020) is euthanasie in dat geval niet het juiste antwoord:

'Bij euthanasie speelt de medische sector een belangrijke rol: artsen moeten beoordelen of de vraag terecht is. Zelfdoding, daarentegen, is de intieme en persoonlijke beslissing van de patiënt: hij besluit zelf om uit het leven te stappen, wat zijn omgeving of de medische wereld daar ook van vindt. Dan hoeft er dus geen arts of psychiater te beoordelen of er sprake is van uitzichtloosheid of ongeneeslijkheid. Dan zouden hulpverleners zich helemaal op het plan A kunnen concentreren.'

Tussen euthanasie en zelfdoding ligt 'hulp bij zelfdoding' (niet juridisch geregeld vandaag in België), waarbij de persoon

6. Dr. Thienpont was een van de drie artsen (de psychiater) die terechtstonden op het proces rond Tine Nys.



zelf een dodelijk middel inneemt, maar met begeleiding of ondersteuning van een ander, zodat hij geen toevlucht hoeft te nemen tot pijnlijke of voor anderen belastende methoden. Volgens Bazan zou hulp bij zelfdoding, als men dit zou willen reguleren, geen medische of therapeutische aangelegenheid moeten zijn. Daartegenover staat de visie van de Orde van artsen (2003, p. 4) en de Euthanasiecommissie (eerste verslag, 2004, cijfers 2002-2003, p. 17) die hulp bij zelfdoding vanwege een arts (medisch begeleide zelfdoding) juridisch gelijkstellen aan euthanasie, mits de wettelijke voorwaarden en procedures voor euthanasie gerespecteerd worden en de handeling plaatsvindt onder de verantwoordelijkheid van de aanwezige arts die indien nodig kan ingrijpen. Hoewel het praktische verschil tussen medisch begeleide zelfdoding en euthanasie uiteindelijk klein is, gaat de voorkeur van sommige artsen uit naar medisch begeleide zelfdoding. De bereidheid van de patiënt om zelf een actieve rol te spelen, kan beschouwd worden als een ultieme uitdrukking van de overtuiging te willen sterven. Ook ethisch en emotioneel gezien is er voor vele artsen een groot verschil tussen het stellen van een handeling die tot de dood leidt, en het bieden van hulp aan een patiënt die deze handeling zelf uitvoert (VVP, 2017, p. 31).

## 5.2. Tweesporenbeleid

De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie spreekt zich niet uit over de wenselijkheid van euthanasie (of medisch begeleide zelfdoding) bij psychiatrische patiënten, net omwille van de uiteenlopende standpunten onder psychiaters. Wel pleit ze voor gepaste terughoudendheid vanwege de zorgverlener: de vraag naar euthanasie moet van de patiënt komen en mag niet door de zorgverlener worden gesuggereerd. Een blijvende gerichtheid op het leven en op herstel, ook tijdens de exploratie van het euthanasieverzoek, is cruciaal. 'De ervaring leert dat een groot deel van de patiënten die euthanasie vragen uiteindelijk niet voor euthanasie kiezen.' (VVP, 2017, p. 3).

Door het hanteren van een tweesporenbeleid (exploratie van het euthanasieverzoek parallel aan actieve gerichtheid op leven en herstel) worden twee belangrijke waarden ondersteund: respect voor autonomie (in verbondenheid) enerzijds, en respect voor de fundamentele waardigheid van het menselijk leven anderzijds. Uiteindelijk zal in elk individueel geval een ethische afweging moeten worden gemaakt, die in de praktijk een hartverscheurende keuze impliceert. Het gaat om een 'grondige gewetensafweging in het licht van de keuze voor het meest menselijk mogelijke' (Zorgnet-Icuro, 2018, pp. 20-22). Ook de groep Broeders van Liefde in België (2018, pp. 1-2) pleit voor een tweetrajectenbegeleiding.

## 6. Juridische argumentatie in het euthanasieproces

Met deze juridische en ethische achtergrond richten we ons terug op het euthanasieproces Tine Nys. Zoals hoger vermeld, sprak de volksjury de drie artsen vrij.

### 6.1. De huisarts

Wat de huisarts betreft (beschouwd als eerste geraadpleegde arts) was deze uitspraak geen verrassing. Er was weinig discussie over de schuldvraag. Uit de debatten, getuigenissen en zijn verklaring is gebleken dat hij eigenlijk niet betrokken is geweest, niet beseftte wat de impact was van zijn optreden. De arts gaf toe dat hij de euthanasiewet niet goed kende, en zou misleid geweest zijn. Tine had hem de dag van de euthanasie nog opgebeld met de vraag naar een attest dat ze zogezegd nodig had voor de officiële aanvraag van de euthanasie. De huisarts was in de gedachte dat er een voorafgaande goedkeuring moest zijn vanwege de Euthanasiecommissie. Hij maakte het attest op, met de voorwaarde dat er enkele dagen later een gesprek zou volgen tussen hen over haar euthanasieverzoek. De huisarts was er dus niet van op de hoogte dat dit attest zou gebruikt worden als zijn advies als eerste geraadpleegde arts, en evenmin wist hij dat Tine die dag nog euthanasie zou krijgen. Het attest was duidelijk geen medisch verslag zoals bepaald in de euthanasiewet. De huisarts benadrukte bovendien dat hij van mening was dat Tine geen euthanasie zou kunnen krijgen omdat ze nog niet uitbehandeld was. Niet alleen de advocaat van de huisarts, maar ook de openbaar aanklager en de burgerlijke partij vroegen zijn vrijspraak: er kon hem niets worden verweten (of hooguit naïviteit). De jury is hen daarin gevolgd.

### 6.2. De psychiater

Voor de andere twee artsen was de situatie anders. Terwijl de advocaten vroegen om hun vrijspraak, verzochten de openbaar aanklager en de burgerlijke partij hen te veroordelen voor gifmoord wegens niet-naleving van de euthanasiewet. Over welke wettelijke voorwaarden ging het?

Het voornaamste verwijt aan het adres van de psychiater die optrad als tweede geraadpleegde arts, was dat ze onvoldoende onafhankelijk en te betrokken was toen ze begin 2010 het euthanasiedossier van Tine Nys vervolledigde. Hierboven werd het begrip 'onafhankelijkheid' reeds besproken. De wet zelf zegt niet wat het inhoudt. De advocaten verwezen naar de rechtsleer die enkel als interpretatie geeft dat er geen contact mag zijn geweest in het verleden. Volgens de huidige medische richtlijnen/adviezen mag er geen sprake zijn van een betrokkenheid bij de behandeling. De psychiater had Tine zeven keer gezien, haar tweemaal een angstwerend/kalmerend geneesmiddel (Temesta<sup>®</sup>) voorgeschreven en een afwezigheids-

attest voor haar werk opgemaakt. Maakte dat van de psychiater een behandelend arts waardoor ze haar onafhankelijkheid was verloren? De advocaten meenden van niet. Zij pleitten voor menselijkheid en begrip voor de barmhartigheid van de psychiater (die geconfronteerd was met een persoon die thuis medicatie had liggen waarmee ze zichzelf van het leven kon benemen). Eventueel was het een deontologische fout. Maar moord? Dat veronderstelt volgens de advocaten kwade trouw, en het 'wetens en willens' meewerken aan een misdrijf, wat hier niet het geval was. Opvallend is dat ook de openbaar aanklager vond dat de kwalificatie moord niet in verhouding stond tot de feiten. Maar hij baseerde zich op het principe *dura lex, sed lex* (de wet is hard, maar het is de wet): bij gebrek aan een specifieke strafmaat voor een onwettige euthanasie, is, zoals eerder gezegd, het klassieke strafrecht van toepassing. De volksjury volgde echter de redenering van de advocaten en stelde niet met zekerheid te kunnen besluiten dat de psychiater haar onafhankelijkheid had verloren. Volgens de juryleden waren de relevante wettelijke voorwaarden vervuld kon haar geen enkele fout of verkeerde handeling worden verweten.

### 6.3. De uitvoerende arts

De uitvoerende arts werd in het bijzonder verweten dat hij de wettelijke verplichting om twee onafhankelijke artsen te raadplegen, niet had nageleefd. Hij had moeten weten dat de huisarts van Tine niet in aanmerking kon komen als arts-consulent gezien zijn sterke betrokkenheid als behandelend arts, en bovendien was het opgemaakte attest met summiere inhoud geen medisch verslag/advies in het kader van de euthanasiewet. De uitvoerende arts was van mening dat een huisarts wel degelijk onafhankelijk kan zijn als hij een advies geeft in eer en geweten.

Daarnaast werd een schending aangehaald van de wettelijke verplichting tot aangifte van de euthanasie bij de Euthanasiecommissie binnen de vier werkdagen. Het dossier kwam pas 51 dagen na de euthanasie bij de commissie terecht. Echter, de euthanasiewet voorziet geen sanctie voor het niet-melden van de euthanasie, en dus kan de late melding niet (strafrechtelijk) worden aangevoerd tegen de huisarts.

Er was veel debat over de vraag of de aandoening van Tine (borderline) ongeneeslijk en medisch uitzichtloos was, ook en vooral in het licht van de nieuwe diagnose (autisme) die niet lang voor haar euthanasie was gesteld en waarvoor geen behandeling werd opgestart. Volgens de familie was Tine niet uitbehandeld. De uitvoerende arts legde vooral de nadruk op het hevige psychische lijden van Tine, en op het feit dat de vele behandelingen die ze had gevolgd niet tot verbetering hadden geleid. Hij was ervan overtuigd dat aan alle voorwaarden was voldaan (waarin hij gesterkt werd door de Euthanasiecommissie die het dossier na de uitvoering van de euthanasie unaniem goedkeurde). Hij had, naar eigen zeggen, zijn patiënte centraal

gesteld. Volgens de openbaar aanklager daarentegen had de uitvoerende arts, net als de psychiater, de wil van de patiënt boven de wet gesteld.

De jury was van dit laatste niet helemaal overtuigd en besloot tot vrijspraak. Haar motivering was dat er redelijke twijfel bestond: 'Het gevoerde onderzoek laat niet toe met de in de wet vereiste zekerheid vast te stellen of er op de in de wet voorgeschreven voorwaarden of procedure inbreuken werden begaan'. Twijfel speelt in het strafrecht in het voordeel van de beschuldigde.

### 6.4. Tine Nys' uitzichtloze toestand in het licht van de huidige richtlijnen

De vraag of het lijden van Tine Nys uitzichtloos en onbehandelbaar was, is niet met volledige zekerheid positief te beantwoorden. In de psychiatrie kan dit niet. Maar het is evenmin evident om de artsen te verwijten dat zij die vraag voor zichzelf bevestigend hebben beantwoord. In 2010 waren er bovendien nog niet de medische richtlijnen van vandaag die een interpretatie geven aan het begrip 'uitzichtloosheid'. Als we het euthanasieverzoek van Tine bekijken in het licht van de adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, dan kunnen we stellen dat diezelfde euthanasie, vandaag uitgevoerd, deontologisch wellicht als onaanvaardbaar zou worden beschouwd. Enerzijds omdat vermoedelijk niet alle relevante, evidence-based, biologische, psychotherapeutische en sociale interventies werden uitgeprobeerd (VVP, 2017, p. 17). Anderzijds omdat geen behandeling werd opgestart voor de nieuwe diagnose kort voor haar euthanasie. De Vereniging is van mening dat een nieuwe diagnose een nieuw startpunt vormt van een mogelijke behandeling en vermindering van het lijden. 'Pas als de patiënt ruim de tijd heeft gekregen om deze nieuwe diagnose te verwerken en te plaatsen, en als alle behandelingen (...) uitgeput zijn, kan er van medische uitzichtloosheid sprake zijn' (VVP, 2017, p. 20). Bovendien maakt de Vereniging duidelijk dat een weigering vanwege de patiënt om in te gaan op een redelijk behandelperspectief, ertoe leidt dat euthanasie niet mogelijk is (VVP, 2017, pp. 18-19). Voor de uitvoerende arts, daarentegen, speelde het feit dat Tine geen enkele behandeling meer wou, dat het genoeg was geweest voor haar, klaarblijkelijk wel mee in zijn beslissing om haar euthanasieverzoek in te willigen.

Het is duidelijk: als artsen de adviezen volgen van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie en de Orde van artsen over euthanasie in een psychiatrische context, dan gaan ze vandaag op een heel andere manier om met een euthanasieverzoek dan in 2010 (Vandenbergh in *De Standaard*, 2020).

## 6.5. Onwettige uitspraak van volksjury?

Zoals eerder vermeld heeft de burgerlijke partij cassatieberoep aangetekend tegen de uitspraak van de volksjury omdat deze, volgens de advocaat, onwettig zou zijn. Volgens hem heeft het proces duidelijk aangetoond dat de euthanasiewet op meerdere punten niet gerespecteerd is en komt dat ook impliciet tot uiting in het arrest, dat aldus een tegenstrijdigheid zou bevatten (Van Cauter in *De Afspraak*, 2020).

Het is mogelijk dat de juryleden, wat betreft de uitvoerende arts en de psychiater, wel degelijk oprecht twijfelden en meenden dat ze niet met volledige zekerheid de niet-naleving van de voorwaarden konden vaststellen. Anderzijds is het wel opmerkelijk dat de jury enerzijds oordeelt dat de huisarts misleid werd door de andere twee artsen, terwijl anderzijds niet wordt besloten dat deze twee artsen fouten hebben gemaakt. Je zou het gevoel kunnen krijgen dat de jury in realiteit, zonder het zo te formuleren in haar motivering, van mening was dat er wel degelijk enkele wettelijke voorwaarden niet vervuld waren, maar dat dit niet kon volstaan om een arts te veroordelen voor gifmoord. Het was voor de jury dan ook geen eenvoudige taak om tot een besluit te komen.

## 7. Gevolgen van het euthanasieproces

Het euthanasieproces Tine Nys was ongezien in ons land en werd met veel belangstelling gevolgd in binnen- en buitenland. Los van de impact ervan op de vrijgesproken artsen en de familie van Tine, is het niet ondenkbaar dat dit proces ook op andere niveaus gevolgen zal hebben.

### 7.1. Mogelijke gevolgen voor de euthanasiepraktijk

Uit het proces is gebleken dat artsen de euthanasiewet niet altijd goed kennen. Nochtans worden zij geacht om de wet te kennen. Het proces zou dus een waarschuwing kunnen betekenen voor artsen die toekomstige euthanasieverzoeken uitklaren: men moet zorgvuldig omgaan met de wettelijke voorwaarden en procedures, want een schending ervan kan zware strafrechtelijke gevolgen hebben. Het is niet uitgesloten dat het proces een afschrikkend effect teweegbrengt bij artsen waardoor zij in de toekomst meer terughoudend zullen zijn om euthanasie bij psychiatrische patiënten uit te voeren. Waardoor zij die een euthanasiewens hebben mogelijk bezorgd zullen zijn: zullen zij wel een arts vinden die bereid is om op hun verzoek in te gaan? Anderzijds kan het zijn dat artsen die vroeger al euthanasie toepasten, door de uitspraak bevestigd worden in hun werk. Zo sprak de vrijgesproken psychiater kort nadat het proces was afgelopen: 'Het belangrijkste is dat we kunnen verdergaan met het helpen van mensen die geen perspectief meer hebben op een humaan leven of een humane dood, als hun lijden onomkeerbaar is. Het is ook een erkenning voor mensen die zwaar

psychisch lijden. Soms is dit nog het enige wat we voor hen kunnen doen' (Thienpont in *De Standaard*, 2020).

### 7.2. Mogelijke gevolgen voor de euthanasiewetgeving

Volgens sommigen was het euthanasieproces niet enkel het proces van die ene euthanasie bij Tine Nys, maar ook het proces van de euthanasiewet: een politiek proces over de wenselijkheid van euthanasie bij personen met een psychiatrische aandoening en de gebreken van de huidige wet.

Hoewel de Belgische wet al meer dan 18 jaar oud is, werd deze nog nooit geëvalueerd. Dit in tegenstelling tot Nederland, waar de wet al meerdere malen onder de loep werd genomen. Bij gebrek aan evaluatie werd de wet gaandeweg steeds meer door de artsen zelf op een subjectieve manier ingevuld. Het resultaat daarvan is dat zorgverleners zich moeten bewegen binnen een mijnenveld, aan hun lot overgelaten (Huysmans in *De Standaard*, 2020). Het is goed mogelijk, en de expliciete hoop van velen, dat dit proces de aanleiding zal zijn voor een kritische evaluatie en eventuele aanpassing/verfijning van de euthanasiewet.

We zien drie grote aanpassingen mogelijk: 1) invoeren van aangepaste straffen bij schending van de wettelijke voorwaarden; 2) verduidelijking van bepaalde concepten voor meer rechtszekerheid; en 3) invoeren van extra zorgvuldigheidsvereisten voor euthanasie in een psychiatrische context.

#### 7.2.1. Aangepaste straffen

Men zou aangepaste straffen/sancties kunnen invoeren voor een onwettige euthanasie met een onderscheid tussen essentiële voorwaarden enerzijds, en vorm- en procedurevoorwaarden anderzijds. De vraag stelt zich dan welke strafmaat of zelfs welk type sanctionering (strafrechtelijk/tuchtrechtelijk) wenselijk is per categorie van voorwaarden.

#### 7.2.2. Verduidelijkingen

Met het oog op meer rechtszekerheid voor artsen, zou men bepaalde essentiële concepten (medische uitzichtloosheid, niet te lenigen lijden, ongeneeslijkheid, onafhankelijkheid, ...) beter kunnen definiëren, en een specifieke invulling geven in het kader van psychiatrische aandoeningen. Hierbij zou de wetgever de richtlijnen en adviezen van de Orde van artsen (2019) en de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (2017) expliciet kunnen opnemen in het wettelijk kader.

Sommigen zijn daar echter geen voorstander van en vinden het net positief dat de wetgever artsen de ruimte geeft om de wet te interpreteren in functie van de omstandigheden van het individueel geval, en van toekomstige ontwikkelingen en inzichten (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek, 2017, pp. 46-47 en p. 58). Nog anderen zijn van mening dat euthanasie wettelijk onmogelijk moet worden gemaakt wanneer

deze wordt gevraagd voor een psychiatrische aandoening die niet voortvloeit uit een aantoonbare, onomkeerbare lichamelijke weefselschade (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek, 2017, p. 55 en p. 58).

Welke visie men ook is toegedaan, het roept vragen op dat de wettelijke voorwaarden voor euthanasie vager zijn, en meer voor interpretatie vatbaar, dan de voorwaarden voor diepe hersenstimulatie (psychochirurgie): weliswaar een van de meest ingrijpende, uitzonderlijke behandelingen in de psychiatrie, maar zelden tot nooit met de dood tot gevolg (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek, 2017, pp. 37-38).

### 7.2.3. Extra zorgvuldigheidsvereisten

Omwille van de specificiteit van psychiatrische aandoeningen, zou het niet onlogisch zijn dat de euthanasiewet een onderscheid maakt tussen somatische en psychiatrische aandoeningen, waarbij voor deze laatste categorie bijkomende zorgvuldigheidsvereisten (voorzorgsmaatregelen) worden ingevoerd. Ook hier zou de wetgever zich kunnen laten leiden door de richtlijnen en adviezen van de Orde en de VVP. Sommigen pleiten er ook voor om de *a posteriori* controle door de Euthanasiecommissie te wijzigen naar een *a priori* controle (voorafgaandelijk aan de uitvoering van de euthanasie). In het geval van euthanasie bij psychiatrische patiënten, en bij uitbreiding alle niet-terminale patiënten, verdient deze suggestie in elk geval een debat.

## 8. Tot slot

Een evaluatie van de euthanasiewet met bijsturing waar nodig is zonder twijfel zinvol. Het zou juridische processen zoals dat betreffende Tine Nys in de toekomst kunnen vermijden.

Maar de essentie ligt wellicht elders: we willen in de eerste plaats voorkomen dat mensen vervroegd wensen te sterven. Het proces heeft de tekortkomingen van onze geestelijke gezondheidszorg (verlening) onder de aandacht gebracht. Laten we hopen dat deze aandacht niet te snel wegeeft en dat het bijkomende beleidsinitiatieven op gang brengt die verder investeren in de sector. Een bijzonder waardevolle piste is de palliatieve benadering in de psychiatrie, die nog in volle ontwikkeling is. Deze benadering is niet gericht op de genezing van de ziekte, maar wel op de beheersing van de hinderlijke symptomen met als doel de levenskwaliteit te verhogen. Men spreekt hier ook wel eens over 'crustatieve zorg' of 'schelpzorg': een zorgkader dat mensen rechthoudt en waarin men zich geborgen voelt.<sup>7</sup> Deze palliatieve aanpak impliceert geenszins dat andere medische of psychologische behande-

lingen moeten worden gestopt, en evenmin dat de patiënt een korte levensverwachting zou hebben. Het gaat om het herdefiniëren van zorgdoelen, verhogen van zinvolheid, versterken van de aanwezige krachten bij de patiënt en het zoeken naar een draaglijke manier van leven ondanks het aanwezige lijden en de beperkingen (Zorgnet-Icuro, 2018, pp. 9-10).<sup>8</sup> Deze benadering sluit aan bij het concept 'positieve gezondheid', dat de nadruk legt op de veerkracht en het aanpassingsvermogen van de mens, op een betekenisvol leven, en niet op de beperkingen of ziekte zelf (Huber, 2013).

Inderdaad, stervenswensen vanwege niet-terminale psychiatrische patiënten (en bij uitbreiding alle niet-terminale patiënten) houden in de eerste plaats verband met wat het leven voor deze mensen wel nog kan betekenen (Zorgnet-Icuro, 2018, p. 27), met andere woorden: met wat het leven nog de moeite waard maakt.

## Referenties

- Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek (2017) Advies nr. 73 van 11 september 2017 betreffende euthanasie in geval van niet-terminale patiënten, psychisch lijden en psychiatrische aandoeningen.
- Broeders van Liefde (2018) Visie van de groep Broeders van Liefde in België op euthanasie bij psychisch lijden in een niet-terminale situatie.
- Claes, S., Vanbouvvel, L., Haekens, A., Eneman, M., Otte, G., De Lepeleire, J., Calmeyn, M., Bazan, A. and Lemmens, W. (2015) 'Euthanasia for psychiatric patients: ethical and legal concerns about the Belgian practice. Letter to the editor', *BMJ Open*, November.
- Decorte, I., Verfaillie, F., Moureau, L., Meynendonckx, S., Van Ballaer, K., De Geest, I. and Liégeois, A. (2020) 'Oyster care: an innovative palliative approach towards SPMI patients', *Frontiers in Psychiatry*, 11, 509.
- *De Afspraak*, 18 februari 2020, Interview met Joris Van Cau-ter.
- De Laat, M., De Coninck, C., Derycke, N., Huysmans, G. en Coupeuz, V. (2018) Richtlijn Uitvoering Euthanasie. Toegankelijk via [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be).
- *De Standaard*, 3 oktober 2017, 'Wekelijks vraag om euthanasie uit buitenland'.
- *De Standaard*, 31 januari 2020, 'Euthanasieproces: drie beschuldigde artsen vrijgesproken'.
- Emanuel, E., Onwuteaka-Philipsen, B., Urwin, J. and Cohen, J. (2016) 'Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe', *Journal of the American Medical Association*, 316, pp. 79-90.

7. Voor een uitgebreide analyse van dit concept verwijzen we naar Decorte et al, 2020.

8. Deze aanpak vraagt een fundamentele discussie over wat we willen verstaan onder zorg. De vraag is of de sector hier klaar voor is.

- Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie, verslagen aan de wetgevende kamers. Te raadplegen via [www.overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/federale-controle-en-evaluatiecommissie-euthanasie](http://www.overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/federale-controle-en-evaluatiecommissie-euthanasie)
- Huber, M. (2013) 'Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid', Tijds. Gezondheidswetenschappen, 91, pp. 133–134.
- Huysmans, G. (2020) 'Palliatieve zorg, de grote verliezer', *De Standaard*, 21 januari.
- Orde van artsen, nationale raad (2003) Advies betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde.
- Orde van artsen, nationale raad, commissie euthanasie (2019) Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening.
- Peuteman, A. (2020) 'Ariane Bazan en Wim Distelmans: 'Misschien komt er toch nog iets goeds uit het verschrikkelijke euthanasieproces'', *Knack*, 5 februari.
- Schokkaert, E. (2016) 'De gezondheidszorg in evolutie: uitdagingen en keuzes', KVAB Standpunt 43.
- Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W. Audenaert, K. and De Deyn, P. (2015) 'Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders. A retrospective, descriptive study', *BMJ Open*, 5, e007454.
- Vandenberghe, J. (2013) 'Euthanasie bij ondraaglijk lijden als gevolg van een ongeneeslijke psychiatrische aandoening' in De Lepeleire, J. (ed.) *Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid*. Leuven: KU Leuven Metaforum, pp. 39-51.
- Vandenberghe, J. (2020) 'Zou Tine Nys' euthanasie nu anders verlopen?', *De Standaard*, 31 januari.
- Vinck, I., Paulus, D., Van Brabandt, H. en Ramaekers, D. (2006) 'Medico-legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen'. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports vol. 26A. Ref. D/2006/10.273/05.
- Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (2017) 'Hoe omgaan met een euthanasieverzoek omwille van ondraaglijk psychisch lijden binnen het huidige wettelijk kader?' Advies-tekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten. Kortenberg, België.
- Zorgnet-Icuro (2018) Ethisch advies 20: Levenseindezorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.