

# Orgaandonatie na euthanasie: voldoende basis voor zorgvuldigheid in de huidige richtlijnen

W.N.K.A. van Mook, N.M. van Dijk, W.C. de Jongh, R.C. Oude Voshaar, R.M. Marijnissen, J.A.M. Bollen, J.A. Godschalx-Dekker

- Achtergrond** In Nederland is het mogelijk om, nadat aan alle zorgvuldigheidseisen voor euthanasie is voldaan, organen te doneren. Bij orgaandonatie na euthanasie (ODE) kunnen weefsels, lever, hart, nieren, longen en pancreas worden gedoneerd. De procedure voor ODE wordt zorgvuldig beschreven in de landelijke richtlijn Orgaandonatie na euthanasie van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). In het geval van euthanasie bij psychisch lijden wordt bovendien de beroepsrichtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), 'Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis', gevolgd. Recent deden collega's uit het Erasmus MC het voorstel om daaraan toetsing door een lokale psychiater toe te voegen.
- Doel** Beargumenteren dat de huidige richtlijnen in samenhang voldoende basis bieden voor een zorgvuldige uitvoering van ODE in de praktijk.
- Methode** Bespreken van achtergronden en praktijk van euthanasie en orgaandonatie en de voor beoordeling relevante richtlijnen.
- Resultaten** Door de huidige Euthanasiecode, de richtlijn van de NVvP en de ODE-richtlijn van de NTS te volgen, zijn de trajecten voor euthanasie en donatie gescheiden, en wordt de zorgvuldigheid van de beoordeling gewaarborgd.
- Conclusie** Het structureel uitvoeren van een extra beoordeling door een psychiater, en daardoor somatisch lijden onderscheiden van psychiatrisch lijden, is onwenselijk. Dit creëert zowel onduidelijkheid over de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie als over de wilsbekwaamheid voor orgaandonatie, en betekent daarnaast een extra psychische belasting voor de patiënten, ongeacht hun onderliggende lijden.

Recentelijk beschreven Van Dijk e.a. in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)* dat in het Erasmus MC verzoeken van patiënten met een psychische stoornis 'extra' worden getoetst door een onafhankelijk psychiater in geval van orgaandonatie na euthanasie (ODE).<sup>1</sup> Deze toetsing zou moeten plaatsvinden na beoordeling van de eerste vijf zorgvuldigheidseisen voor euthanasie.<sup>1</sup> De collega's in het Erasmus MC willen vermoedelijk uiterste zorgvuldigheid betrachten en mogelijk met hun aanpak aansprakelijkheid vermijden.

De richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis, van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), heeft als uitgangspunt dat in beginsel twee psychiaters het euthanasieverzoek beoordelen indien de medische grondslag een psychische aandoening betreft.<sup>2</sup> De werkwijze in het Erasmus MC wijkt af van de ODE-richtlijn van de

Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) en gaat in tegen principiële keuzes die aan beide richtlijnen ten grondslag liggen.<sup>3</sup> Een collega psychiater reageerde reeds kritisch in een blog in *Medisch Contact*.<sup>4</sup> De redenen waarom de door het Erasmus MC voorgestelde werkwijze niet te rechtvaardigen valt, bespreken we in dit artikel in de context van achtergronden van euthanasie en orgaandonatie, en de voor beoordeling relevante richtlijnen.

## Orgaandonatie na euthanasie

Sinds 2012 wordt in Nederland ODE uitgevoerd. Dit betreft een procedure waarbij een wilsbekwame meerderjarige patiënt na euthanasie zijn organen en weefsels doneert. Er is in Nederland nog steeds een tekort aan geschikte donoren en orgaantransplantatie leidt bij ontvangers tot een betere overleving, verlenging van

de levensverwachting en een significante toename van de kwaliteit van leven vergeleken met andere vormen van orgaanfunctie vervangende therapieën.<sup>5-7</sup> Bij meer dan 60% van de patiënten is vanwege maligniteiten orgaandonatie na euthanasie onmogelijk. Na euthanasie is ongeveer 10% van de patiënten medisch geschikt voor orgaandonatie, voornamelijk patiënten met psychiatrische of neurodegeneratieve aandoeningen.<sup>8</sup> ODE wordt ook in andere landen uitgevoerd, waaronder België, Canada, Spanje en delen van Australië. In Nederland zijn, tot 18 april 2024, 137 ODE-procedures uitgevoerd. In 2017 verscheen de richtlijn Orgaandonatie na euthanasie van de NTS,<sup>9</sup> die zorgprofessionals een handvat biedt voor het mogelijk maken van ODE. De richtlijn heeft als uitgangspunt dat *'het gaat om twee gescheiden procedures, waarin verschillende hulpverleners de verantwoordelijkheid dragen deze zorgvuldig te doorlopen. De wettelijke legitimiteit van de individuele procedures mag hierbij niet worden aangetast'*. Een tweede uitgangspunt is *'dat de kwaliteit van de goede zorg behouden blijft in de laatste levensfase van de euthanasiepatiënten bij toevoeging van orgaandonatie'*. Sinds januari 2023 maakt de ODE-richtlijn geen uitzondering meer wat betreft het onderliggende lijden van de patiënt, zoals een psychiatrische aandoening of dementie.<sup>3</sup>

Euthanasie werd in 2022 in Nederland uitgevoerd bij 8720 patiënten, van wie slechts 115 patiënten (1,3%) een psychiatrische aandoening hadden.<sup>10</sup> In 2023 betrof dit 9068 respectievelijk 138 patiënten (1,5%).<sup>10</sup> In 2022 werd euthanasie vanwege psychisch lijden in 90 van deze 115 gevallen uitgevoerd door het Expertisecentrum Euthanasie (EE).<sup>10</sup> In 2023 voerde het EE 87 van de 138 euthanasieprocedures bij psychisch lijden uit.<sup>11</sup> De arts verbonden aan het EE was 56 keer een psychiater, 35 keer een huisarts en 10 keer een medisch specialist. Bij de overige 37 procedures was de uitvoerend arts een 'andere arts', bijvoorbeeld een niet-praktiserend arts, arts in opleiding of een basisarts.<sup>12</sup>

### Zorgvuldigheid bij euthanasie

Er zijn diverse argumenten om niet structureel af te willen wijken van de huidige richtlijnen. Het eerste argument om niet af te wijken van de nationale ODE-richtlijn van de NTS is dat zorgvuldigheid met deze richtlijn geborgd wordt door het strikt scheiden van de beoordeling van de donatievraag en het euthanasieverzoek. Deze strikte scheiding heeft als doel geen druk uit te oefenen op patiënten om hun organen te doneren op het moment dat de euthanasie (beoordeling) in gang is gezet of is voltooid. Het bekorten van de wachtlijst voor orgaantransplantatie mag immers nooit een doel of reden zijn voor euthanasie.

Een volgend argument betreft dat de rechtspraak, de regelgeving en de NVvP-richtlijn reeds verstrekkende zorgvuldigheidseisen stellen aan het handelen van de arts die euthanasie verricht. In het Schoonheim-arrest stelde de Hoge Raad in 1984 dat euthanasie onder bepaalde voorwaarden geoorloofd is, met een beroep

op de noodtoestand. In dit arrest erkende de raad dat lijden kan bestaan uit (angst voor) steeds verdergaande ontluistering of uit het vooruitzicht niet meer waardig te kunnen sterven.<sup>13</sup>

In het latere Chabot-arrest uit 1994 formuleerde de Hoge Raad een extra zorgvuldigheidseis voor hulp bij zelfdoding bij patiënten met primair een psychiatrische aandoening. In dergelijke gevallen is het raadplegen van een tweede psychiater noodzakelijk, die de patiënt moet hebben gezien.<sup>14,15</sup> Een verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding mag alleen door een arts worden ingewilligd indien aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, zoals bepaald in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). In de Euthanasiecode van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie wordt extra behoedzaamheid verzocht bij een euthanasieverzoek waarbij de medische grondslag wordt gevormd door lijden op basis van een psychiatrische aandoening.<sup>16</sup> In de richtlijn van de NVvP wordt hier onder meer invulling aan gegeven door een verplichte second opinion door een onafhankelijk psychiater voorafgaand aan de beoordeling door een SCEN-arts.<sup>2,17</sup>

De beroepsrichtlijn van de NVvP schrijft voor dat in het euthanasietraject bij patiënten met een psychiatrische aandoening twee psychiaters betrokken worden. Dat betekent dat wanneer de uitvoerend arts geen psychiater maar bijvoorbeeld huisarts is, naast een second opinion door een onafhankelijk psychiater, de SCEN-arts ook psychiater dient te zijn.<sup>2</sup> De second opinion door een onafhankelijke psychiater toetst de wilbekwaamheid ter zake het euthanasieverzoek en of er nog redelijke, alternatieve behandelopties bestaan om het ondraaglijk lijden van de betreffende patiënt te verminderen. Daarmee wordt uiteraard ook een mening gevraagd over de verrichte diagnostiek.

Bij psychiatrische aandoeningen in het algemeen, en bij persoonlijkheidsproblematiek in het bijzonder, wordt nog een 3de aspect geëvalueerd binnen de second opinion. De onafhankelijk psychiater beoordeelt of (tegen)overdracht mogelijk een rol bij de beoordeling van het verzoek tot euthanasie speelt. De richtlijn van de NVvP vermeldt ook: *'In uitzonderingsgevallen kan de second opinion uitgevoerd worden door een andere professional dan de psychiater, wanneer deze professional bij uitstek de specifieke deskundigheid bezit op het gebied van de aandoening van de patiënt'*;<sup>2</sup> denk daarbij bijvoorbeeld aan een klinisch psycholoog bij persoonlijkheidsstoornissen of een verslavingsarts bij verslaving. Van belang is dat men dan expliciet beargumenteert waarom voor een andere professional dan een psychiater is gekozen. Bij ongeveer 1 op de 8 patiënten wordt het verzoek om euthanasie op basis van een psychische aandoening gehonoreerd,<sup>18</sup> een indirecte aanwijzing dat het beoordelingsproces zorgvuldig wordt uitgevoerd, en niet laagdrempelig wordt ingewilligd. De duur van het onderzoeksproces bij patiënten met psychiatrische aandoeningen kan bijdragen aan de zorgvuldigheid van

de beoordeling, ervan uitgaande dat uitgebreid de tijd wordt genomen voor een zorgvuldige beoordeling. Bij het Expertisecentrum Euthanasie duurt dit proces minimaal drie maanden, maar doorgaans langer, afhankelijk van de complexiteit van het euthanasieverzoek.<sup>19</sup> De zorgvuldigheid van het euthanasieproces wordt daarnaast achteraf getoetst. De regionale toetsingscommissies Euthanasie (RTE) meldden in 2022 dat bij 0,15% van het totaal aantal gemelde procedures niet aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan,<sup>20</sup> en er voldeden slechts 3 van de 1240 door het EE uitgevoerde euthanasieprocedures niet volledig aan alle zorgvuldigheidseisen.<sup>18</sup> Het jaarverslag 2023 van het EE vermeldt dat in 2023 alle door hen getoetste trajecten aan de zorgvuldigheidseisen van de wet voldeden, maar dat vanwege twee RTE-oordelen uit 2022 een tuchtaak is gestart, waarop een berisping volgde van één en dezelfde psychiater.<sup>11</sup> In beide RTE-oordelen betrof de onzorgvuldigheid van de psychiater diens omgang met de second opinion: deze ontbrak eenmaal en er was andermaal onvoldoende onderbouwd waarom ervan werd afgeweken.<sup>21</sup> Samenvattend: gemiddeld werd de afgelopen twee jaren 1,1% van alle door de RTE beoordeelde ODE-casussen met een onderliggend psychisch lijden als onzorgvuldig beoordeeld.<sup>10-12,20</sup> Een onzorgvuldige euthanasiebeoordeling lijkt dus nauwelijks voor te komen bij patiënten met een psychische aandoening.

### Beoordelen wilsbekwaamheid ter zake orgaandonatie

De vraag die naar aanleiding van het artikel vanuit het Erasmus MC in het NTVG rijst, is of het beoordelen van wilsbekwaamheid wat betreft de orgaandonatie (na euthanasie) anders is dan voor euthanasie zelf.<sup>4</sup> In de ODE-richtlijn staat vermeld dat deze van toepassing is op wilsbekwame patiënten ouder dan 18 jaar. Wilsbekwaamheid is contextafhankelijk, betreft altijd een specifieke beslissing, en wordt in beginsel verondersteld. Het gaat erom of de beslisvaardigheid goed genoeg is gezien de ernst van de situatie.<sup>22</sup> Bij de beoordeling van wilsbekwaamheid geldt het principe van proportionaliteit als leidraad: naarmate een beslissing belangrijker of ingrijpender is, dat wil zeggen potentieel grotere gevolgen heeft voor de gezondheid, zowel in de zin van winst als van risico's en belasting van ingrepen, is meer overleg nodig en mag men hogere eisen aan de wilsbekwaamheid stellen.<sup>23</sup> Ten slotte is het oordeel over de wilsbekwaamheid altijd een resultaat van een afweging van waarden, zoals zelfbeschikking en bestwil van de patiënt, waarbij de balans afhankelijk van de weging anders kan uitvallen.<sup>22</sup> Waar het raadplegen van een onafhankelijk psychiater met expertise op het gebied van de specifieke psychische aandoening van de patiënt bij het beoordelen van het euthanasieverzoek vereist is, kan het vaststellen van de wilsbekwaamheid wat betreft orgaandonatie ook door andere bij de euthanasie betrokken artsen gedaan worden. De richtlijn ODE vermeldt: 'De huisarts gaat na of de

*patiënt het verzoek uit zichzelf doet, [...] kennis kan nemen van neutrale informatie over orgaandonatie na euthanasie, het besluit hierover weloverwogen heeft genomen, op basis van de juiste informatie over de consequenties, en deze keuze vrij van externe druk heeft gemaakt...'*, en 'de huisarts en de patiënt kunnen terecht bij de orgaandonatiecoördinator voor alle informatie over de donatieprocedure'.<sup>3</sup>

In het belang van informatievoorziening meldt de richtlijn dat het 'noodzakelijk is om een patiënt die om euthanasie verzoekt én een expliciete donatiewens heeft, adequaat te informeren over wat dit in de praktijk betekent, zodat hij hierover een weloverwogen besluit kan nemen...'. Ook meldt de richtlijn dat na consultatie van de SCEN-arts, de behandelend (huis)arts de patiënt een wilsverklaring laat tekenen voor orgaandonatie (Wilsverklaring: combinatieverzoek euthanasie en orgaandonatie).<sup>3</sup> De behandelend (huis)arts van patiënt, die later tevens de euthanasie zal uitvoeren, dient zich voorafgaande aan de informatieverstrekking over orgaandonatie, en het laten tekenen van de wilsverklaring door patiënt en/of het raadplegen van donorregister, te vergewissen van de wilsbekwaamheid wat betreft orgaandonatie, waarbij het uitgangspunt is dat die in beginsel wordt verondersteld.

Het vaststellen van wilsbekwaamheid wat betreft de donatie is dus niet exclusief voorbehouden aan psychiaters en zal doorgaans in de praktijk, al dan niet expliciet, adequaat worden beoordeeld door de hiermee meest ervaren behandelend artsen, zoals de betrokken huisartsen. De veronderstelde wilsbekwaamheid kan daarna ook worden geverifieerd door artsen betrokken bij het donatieproces, zoals deze ook het correct doorlopen en de uitkomst van de SCEN-procedure verifiëren. Naar onze ervaring, zijn ODE-patiënten van alle postmortale donoren waarschijnlijk het beste geïnformeerd en nemen ze persoonlijk en weloverwogen het besluit hun organen (en weefsels) te doneren. Het lijkt ons dan ook niet noodzakelijk om hiervoor standaard een extra psychiater in te schakelen; wij zouden dat alleen doen bij twijfel.

### Onderscheid somatisch en psychiatrisch onderliggend lijden

In Nederland wordt bij euthanasie geen onderscheid gemaakt tussen somatisch en psychisch lijden, behalve dat in het laatste geval op basis van de beroepsrichtlijn voor psychiaters, maar niet op grond van de WTL, een extra onafhankelijke toetsing plaatsvindt.<sup>24</sup> De richtlijn ODE stelt volgens ons terecht dat het niet aan de donatieprofessionals is om te oordelen over het onderliggend lijden van de patiënt bij wie euthanasie wordt verleend.<sup>3</sup> Dit geldt zowel voor de ernst van het lijden als voor de onderliggende oorzaak ervan. Sinds januari 2023 maakt de ODE-richtlijn dan ook bewust geen onderscheid of uitzondering wat betreft het onderliggende lijden van de patiënt, zoals psychiatrische aandoeningen of dementie.<sup>3</sup> Hoewel het categoriseren van patiënten, bijvoorbeeld voor een jaarverslag, wel algemene inzichten kan

geven, is het onderscheid tussen de lichamelijke en de psychische oorzaak van het lijden om meerdere redenen artificieel.<sup>25</sup> Lijden is per definitie psychisch; het is de mens die lijdt, altijd het brein dat betekenis toekent, niet de onderliggende orgaanstoornis.

### Belasting voor de patiënt

Tot slot is het waarschijnlijk dat het *structureel* erbij betrekken van een extra psychiater, naast de betrokkenen in het kader van de eisen die de WTL en de richtlijn van de NVvP hieraan stellen, en alle andere bij het ODE-verzoek betrokken zorgprofessionals, een extra psychische belasting betekent voor patiënten, ongeacht hun onderliggende lijden. Daarnaast levert deze extra procedurele stap potentieel vertraging op van de daadwerkelijke uitvoering van de euthanasieprocedure, waar deze patiënten in onze ervaring naar uitkijken op het moment dat het formele beoordelingsproces betreffende euthanasie wettelijk gezien is afgerond en hiervoor goedkeuring is verkregen. Het invoeren van de extra procedurestap interfereert dan ook met het uitgangspunt van de ODE-richtlijn van de NTS dat ‘*de kwaliteit van de goede zorg behouden blijft in de laatste levensfase van de euthanasiepatiënten bij toevoeging van orgaandonatie*’.<sup>3</sup>

Op *incidentele* basis gemotiveerd afwijken van de bestaande richtlijnen, door een extra psychiater bij de procedure te betrekken, is wellicht soms desondanks te rechtvaardigen.

## CONCLUSIE

Euthanasie waarbij de medische grondslag wordt gevormd door lijden op basis van een psychiatrische aandoening is een gevoelig en complex onderwerp waarbij het belangrijk is om vanuit verschillende perspectieven met elkaar hierover in gesprek te zijn en te blijven, zeker ook indien gecombineerd met orgaandonatie.<sup>26</sup> De algemene zorgvuldigheid bij het beoordelen van verzoeken voor orgaandonatie na euthanasie is essentieel, zoals vastgelegd in de genoemde huidige ODE-richtlijn van de NTS. Dit geldt niet *specifiek* voor patiënten met psychiatrische aandoeningen, maar voor *alle* patiënten.

Het oordeel wilsbekwaam te zijn wat betreft euthanasie doet wellicht onterecht vermoeden dat men ook wilsbekwaam zal zijn voor orgaandonatie, en omgekeerd. We bevelen aan om de wilsonbekwaamheid voor beide aspecten afzonderlijk van elkaar (of gescheiden van elkaar) te beoordelen, bijvoorbeeld door artsen met kennis van het gehele proces van orgaandonatie na euthanasie, zoals de behandelend arts die de euthanasie uitvoert. Door de huidige Euthanasiencode, de richtlijn van de NVvP en de ODE-richtlijn van de NTS te volgen, zijn de trajecten voor euthanasie en donatie gescheiden, en wordt de zorgvuldigheid van de beoordeling gewaarborgd. Een structurele aanvullende beoordeling door (nog) een extra psychiater zoals voorgesteld door de collega's van het Erasmus MC is dus niet nodig, en genereert een niet noodzakelijke extra inspanning voor alle ketenpartners, maar vormt bovenal een extra, vermijdbare belasting voor de patiënt.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

## AUTEURS

**Walther van Mook**, internist-intensivist, coördinerend donatie-intensivist, Maastricht UMC+, hoogleraar Professionele ontwikkeling, School of Health Professions Education (SHE), Maastricht University.

**Nathalie van Dijk**, anesthesioloog-intensivist, donatie-intensivist, Maastricht UMC+, promovendus SHE, Maastricht University.

**Wim de Jongh**, regionaal teamleider orgaandonatie, Hart+Vaatcentrum, Maastricht UMC+.

**Richard Oude Voshaar**, psychiater en SCEN-arts, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen, hoogleraar Ouderenpsychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.

**Radboud Marijnissen**, psychiater en hoofd patiëntenzorg, Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG Groningen, SCEN-arts en voorzitter ThaNet.

**Jan Bollen**, kinderanesthesioloog en jurist, afd. Anesthesiologie, Pijn en Palliatieve Geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen.

**Judith Godschalx-Dekker**, jurist en ouderenpsychiater, GGZ Centraal, ziekenhuispsychiater, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda, promovendus SHE, Maastricht University.

### Correspondentie

Walther van Mook (w.van.mook@mumc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-10-2024.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(1):24-27