

In België bestaat er een Wet betreffende de euthanasie sinds 2002. Wat zijn de cijfers?

In 2019 werden er 2655 euthanasiedossiers geregistreerd. De grote meerderheid waren Vlamingen, ouder dan zestig, terminaal ziek en lijdend aan ofwel kanker ofwel meerdere aandoeningen tegelijk (polypathologie). Je ziet daar dus duidelijk een tendens in. Het aantal dossiers stijgt jaar na jaar. Dat komt omdat het taboe op euthanasie almaar kleiner wordt en de bevolking meer en meer beseft dat ze zelf het recht hebben om aan de noodrem te trekken en niet meer nodeloos moeten lijden. Een tweede reden voor de stijging is dat mensen almaar ouder worden en er dus meer situaties optreden waarbij iemand ongeneeslijk ziek wordt en ondraaglijk lijdt.

België is een van de weinige landen ter wereld waar een recht op euthanasie bestaat.

De enige landen waar het recht op euthanasie even uitgebreid is als hier, zijn Nederland en Luxemburg. Er zijn nog enkele andere landen waar euthanasie ook kan, maar beperkter en alleen bij terminaal zieken: Portugal, Canada, Colombia en twee staten in Australië. In Zwitserland en ook in verschillende staten van de VS is er een systeem van gewettigde hulp bij zelfdoding. Dat betekent dat de patiënt onder bepaalde voorwaarden een dodelijk drankje krijgt en inneemt zonder dat de arts aanwezig is.

Het is belangrijk om de grondvoorwaarden voor het recht op euthanasie nog eens te verduidelijken. Ten eerste: euthanasie kan men alleen aanvragen bij en laten uitvoeren door een arts.

Ja, daar kan geen discussie over bestaan. Dat kan dus de huisarts zijn, of een ziekenhuisarts, of een psychiater... In principe kan het gaan om elke arts die in België geneeskunde mag uitoefenen. In de praktijk pleiten we ervoor dat het gaat om de behandelende arts, omdat die het beste beeld heeft van de patiënt.

Moet dit een Belgische arts zijn?

Er is discussie of buitenlandse artsen euthanasie mogen uitvoeren in België. Eigenlijk laat de wet dat toe. Maar je moet wel een licentie hebben om in ons land de geneeskunde te beoefenen.

Kunnen mensen uit het buitenland in België terecht voor euthanasie?

Je hoeft geen Belg te zijn om euthanasie aan te vragen in België. We krijgen soms patiënten uit het buitenland, al is dat zeldzaam. Bij terminale patiënten kan daar weinig discussie over bestaan: als een buitenlander met een terminale aandoening hier euthanasie vraagt, dan is de kans groot dat hij die hier kan krijgen. Bij niet-terminale aandoeningen ligt dat toch anders. Het is immers aangewezen dat arts en patiënt een relatie hebben kunnen opbouwen, opdat de arts bij niet-terminaal zieken met zekerheid kan vaststellen dat het lijden wel degelijk ondraaglijk én onbehandelbaar is en de ziekte ongeneeslijk. Dat vergt tijd en zoveel tijd kunnen mensen uit het buitenland hier niet doorbrengen. Buitenlanders met een psychiatrische aandoening aanvaarden we in België niet, omdat het maanden of nog langer kan duren voor een psychiater ervan overtuigd kan zijn dat de euthanasie-aanvraag terecht is. Bijkomend probleem voor buitenlanders is dat veel patiënten die ondraaglijk lijden en ongeneeslijk ziek zijn, zich nog moeilijk ver kunnen verplaatsen. Er is dus geen 'euthanasietoerisme' in België.

Als een patiënt bij een arts vraagt om euthanasie, dan kan die dat weigeren.

Dat spreekt vanzelf. Het is de vrijheid van de arts om geen euthanasie uit te voeren om persoonlijke redenen. De wet respecteert die vrijheid volledig, en terecht. Daar is voor mij geen enkele discussie over.

Waarom weigeren sommige artsen om een euthanasie uit te voeren?

Soms om ideologische, morele of religieuze redenen, daar heb ik respect voor. Maar er zijn helaas ook artsen die ertegenop zien, omdat bij euthanasie het initiatief bij de patiënt ligt of omdat ze de wetgeving niet goed kennen en er daarom liever niets mee te maken willen hebben. Veel artsen weten wel dat er een euthanasiewet bestaat, maar ze weten niet wat de voorwaarden zijn en wat erbij komt kijken. Onbekend is onbemind. We mogen ook niet vergeten dat euthanasie uiteindelijk niet zo vaak voorkomt. Zoals gezegd waren er in 2019 in ons land 2655 geregistreerde euthanasiedossiers. We hebben echter een artsenkorps van bijna 60.000! Reken maar eens uit hoe weinig dossiers dat zijn per arts, wetende dat er artsen zijn die meerdere euthanasieën uitvoeren per jaar. Gemiddeld per arts 1 euthanasie om de 25 jaar! De meeste artsen worden dus maar om de zoveel jaar eens gecontacteerd voor een euthanasie-aanvraag. De materie is hen niet vertrouwd en dus schrikken ze ervoor terug. Daarom ook dat

veel artsen liever een palliatieve sedatie uitvoeren. Hierbij zijn ze zelf weer aan zet en moeten ze zich niet verantwoorden bij een commissie.

Maakt het thema euthanasie en de regelgeving errond dan geen deel uit van de opleiding geneeskunde?

In sommige opleidingen is daarvoor amper iets voorzien, in andere is het een facultatief vak. Dat is heel erg. Ik vind trouwens niet dat er in de artsenopleiding een apart vak 'euthanasie' moet zitten, maar wel een verplicht vak 'levenseinde'. Dat zou dan alles moeten behelzen rond palliatieve zorg, het stopzetten/niet opstarten van behandelingen, palliatieve sedatie, euthanasie... Het is onbegrijpelijk dat de universiteiten zo'n enorm belangrijk thema – sterven is veruit de meest frequente aandoening van het leven – uit de weg gaan of beschouwen als een vrijblijvende, optionele opleiding. Ze is alleen verplicht aan de VUB.

Dat heeft te maken met de traditie of de stereotypie die zegt dat artsen er zijn om mensen te genezen. Artsen worden nog altijd opgeleid om vooral te zoeken naar een volgende behandeling als de vorige behandeling niet werkt. 'Wat zit er nog in de schuif om te proberen?' Zoiets. Artsen krijgen nog te vaak niet de reflex mee zich af te vragen of verder behandelen nog zin heeft. Ze worden als het ware getraind in therapeutische hardnekkigheid, in het koste wat het kost in leven houden van mensen.

De wet zegt ook dat een arts die weigert, niet verplicht is de patiënt naar een andere arts door te verwijzen.

Dat heeft men zo ingeschreven, omdat als de arts die tegen euthanasie is wél zou moeten doorverwijzen, hij onrechtstreeks toch zou meewerken aan euthanasie. Persoonlijk vind ik dat wat vergezocht, want nu wordt de patiënt verplicht om zelf op zoek te gaan naar een bereidwillige arts, en dat is niet zo evident. Sinds 2 april 2020 werd de euthanasiewet een beetje aangepast. Als de arts weigert, moet hij dat binnen de zeven dagen meedelen aan de patiënt en hem of haar doorverwijzen naar een door de patiënt aangeduide (nieuwe) arts. Bovendien moet hij die arts op vraag van de patiënt binnen de vier werkdagen het medische dossier bezorgen. In elk geval moet de weigerende arts de patiënt de contactgegevens bezorgen van een centrum/vereniging, zoals LEIF, gespecialiseerd in euthanasierecht.

Hoe vaak gebeurt het dat een arts een euthanasie weigert?

We hebben daar geen cijfers over. Als het gebeurt, ligt het probleem vaak ook bij de instelling waarvoor hij werkt.

Er wordt gezegd dat instellingen, zoals ziekenhuizen, geen algemeen verbod op euthanasie binnen hun instelling mogen hanteren. Wordt dat gerespecteerd?

Er is geen enkele instelling die expliciet toegeeft dat ze systematisch en principieel euthanasie weigert. Dat zou ook tegen de wet zijn. Maar in de praktijk zijn er instellingen die de procedure zodanig moeilijk maken dat er de facto binnen die instellingen geen euthanasieën plaatsvinden.

Sommige gaan zelfs zo ver om euthanasie alleen te aanvaarden bij terminale patiënten, terwijl de wet duidelijk zegt dat terminaliteit geen voorwaarde is. Andere ziekenhuizen proberen patiënten ervan te overtuigen om niet te kiezen voor euthanasie, maar wel voor palliatieve sedatie. Mensen vertellen ons dat sommige instellingen hen aan het lijntje houden. Dat noemt men 'de palliatieve filter'. Men zegt dan dat de patiënt wel recht heeft op euthanasie, maar alleen als eerst alle palliatieve mogelijkheden zijn doorlopen. De zorginstelling stelt dat dus als voorwaarde, wat onwettelijk is. De wet zegt wel dat men de patiënt moet inlichten over de resterende behandelingsmogelijkheden, inclusief de palliatieve opties. Maar dat wil niet zeggen dat men de patiënt een palliatieve behandeling mag opdringen als hij euthanasie wil. Een individuele arts heeft wel het recht bijkomende, extralegale voorwaarden te stellen vooraleer hij euthanasie wil uitvoeren. Ook logisch, gezien elke arts euthanasie kan weigeren. Als de patiënt die voorwaarden niet accepteert, kan hij een andere arts raadplegen. Maar van ziekenhuis of

woonzorgcentrum veranderen omdat het daar niet wordt toegelaten, is minder evident.

De Broeders van Liefde publiceerden een visietekst in verband met ondraaglijk én ongeneeslijk psychiatrisch lijden. Daarmee erkenden zij dat het bestaat en dus dat euthanasie – zie de wet! – mogelijk moet zijn in dat geval. Maar tegelijk voorziet hun voorstel zoveel voorafgaande noodzakelijke stappen dat de procedure al te moeilijk en te complex wordt en dat de uitvoering van euthanasie bij psychiatrisch lijden in hun instellingen de facto onmogelijk wordt. Zoiets is natuurlijk totaal tegen de geest van de wet.

Is het moeilijk om een arts te vinden die een euthanasie wil uitvoeren?

Voor sommige mensen is het wel een zoektocht. Het hangt ook af van de ideologische kleur van het ziekenhuis waar men behandeld wordt. En ook van de regio waar men woont. In Franstalig België zijn er veel minder gevallen van euthanasie. Slechts 20 procent van de euthanasieregistraties komt uit Wallonië. De mogelijke verklaring daarvoor is dat er een cultureel verschil is bij de artsen. Franstalige artsen in België richten zich naar de gewoonten van hun Franse en Italiaanse collega's. In Zuid-Europa is de tegenstand tegen euthanasie veel groter en hebben patiënten ook minder te zeggen. Dat betekent meteen ook, de cijfers duiden dat aan, dat palliatieve sedatie in Wallonië en Zuid-Europese landen

veel meer voorkomt. Euthanasie en palliatieve sedatie zijn communicerende vaten. Als het ene toeneemt, daalt het andere en omgekeerd.

Wat kunnen mensen doen die menen in aanmerking te komen voor euthanasie, maar die bij hun behandelende arts of in hun ziekenhuis daartoe geen bereidheid vinden?

Zij kunnen contact opnemen met LEIF. Dat is het LevensEinde InformatieForum waarvoor ik het initiatief nam in 2003, naar aanleiding van de nieuwe wetten rond patiëntenrechten, palliatieve zorg en euthanasie. Niemand wist immers wat de mogelijkheden waren. Je kan LEIF contacteren voor alle vragen rond die thema's. Wij geven zowel aan artsen als aan patiënten voorlichting en ondersteuning daarover.

Als een patiënt ons benadert met de mededeling dat zijn behandelende arts zijn euthanasievraag weigert, kunnen wij die arts eventueel vragen wat de reden daarvoor is. Als het antwoord onderbouwd is, dringen wij niet verder aan. Maar als het alleen gaat om koudwatervrees of een gebrek aan kennis, proberen wij die arts ervan te overtuigen dat hij, met onze steun en begeleiding, de euthanasievraag toch op zich kan nemen. LEIF groepeerde zo'n zeshonderd artsen die van ons een gedegen opleiding kregen over (de wetten op) euthanasie, patiëntenrechten en palliatieve zorg. Bij een euthanasieverzoek worden ze vaak gevraagd om te fungeren als de wettelijk verplichte adviserende arts, omdat de behandelende arts dan

zeker weet dat alles conform de regels en voorwaarden zal verlopen. Het is dus uitdrukkelijk níét zo dat aan LEIFartsen wordt gevraagd om *random* euthanasieën uit te voeren. De LEIFarts is er in de eerste plaats om advies te geven – niet alleen bij euthanasie, maar bij alle levenseindebeslissingen en palliatieve zorg – en eventueel de behandelende arts te ondersteunen als die daarom vraagt.

Worden de LEIFartsen vergoed voor hun ondersteuning en advies?

Aanvankelijk niet. Maar het bleek dat een LEIFarts gemiddeld vier uur tijd stak in een euthanasiedossier wanneer zijn ondersteuning gevraagd werd. Plus moest hij zich vaak verplaatsen. Daar was financieel allemaal niets voor voorzien. Pas dertien jaar na de activering van de wet hebben we een terugbetaling voor de LEIFartsen verkregen, als ze zich ter erkenning op de lijst van het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) wilden laten zetten. In principe mag elke arts een advies geven, niet alleen LEIFartsen. Maar als je een vergoeding wil voor dat advies, dan moet je je kandidaat stellen bij het RIZIV. LEIF kreeg van het RIZIV de licentie om de uitbetaling te doen van die vergoeding.

Wat is de relatie tussen LEIF en de overheid? Worden jullie gesubsidieerd?

We zijn eerder een doorgeefluik van het RIZIV om de artsen uit te betalen als ze bij een euthanasie hebben geadviseerd. We krijgen een beperkte som van 12.500 euro per jaar voor onze administratie, wat zeker niet volstaat. De telefonische hulplijn van het LEIF (de LEIFlijn, 078/15 11 55) krijgt subsidies vanuit de Vlaamse Gemeenschap. De rest van ons werkingsgeld komt vanuit privé-initiatieven zoals Kom op tegen Kanker, deMens.nu, pensenkermissen en benefieten. Topchef Noël Neckebroeck van Kasteel Diependael nam met enkele collega-sterrenchefs het schitterende initiatief om jaarlijks een sterrendiner te organiseren voor LEIF, wat goed is voor ongeveer een vijfde van ons budget! LEIF maakt deel uit van W.E.M.M.E.L., het bredere expertisecentrum waaronder ook het Forum Palliatieve Zorg, Omega, het dagcentrum TOPAZ en de leerstoel ‘Waardig Levenseinde’ van deMens.nu van de VUB ressorteren en dat verbonden is aan het UZ Brussel.

De wet zegt dat de euthanasievraag van de patiënt herhaaldelijk moet gebeuren en duurzaam moet zijn. Wat wil dat concreet zeggen?

‘Herhaaldelijk’ is nergens gedefinieerd. Ik ga ervan uit dat herhaaldelijk betekent: meer dan één keer. Met ‘duurzaam’ bedoelt men dat de patiënt niet continu van gedacht verandert. Dan hebben we het over mensen die gedurende een aantal

weken herhaaldelijk zeggen dat ze euthanasie willen, maar tussendoor ook hebben laten weten dat ze het níét willen, bijvoorbeeld nadat ze bezoek hebben gekregen van een familielid. In dat geval moet de arts oordelen dat de vraag niet standvastig is, dat de patiënt nog onvoldoende overtuigd is van zijn eigen wens.

Het moge dus duidelijk zijn dat een euthanasie onmogelijk kan plaatsvinden zonder dat we zeker zijn dat de patiënt dat 100 procent wil.

De aanvraag moet ook verplicht schriftelijk zijn.

Het schriftelijke verzoek, ook wel ‘actueel verzoek’ genoemd, wordt heel vaak verward met de wilsverklaring euthanasie (daarover later meer). Het verzoek is gewoon een schriftelijke bevestiging van iemand die met zijn volle verstand aan de arts euthanasie vraagt. Dat moet de patiënt opschrijven, dat kan zelfs op een bierviltje, en wordt in het dossier bewaard. Het moet minstens de woorden ‘ik wil euthanasie’, de datum, de naam en handtekening van de patiënt bevatten. Als patiënten niet meer kunnen schrijven door hun ziekte, mag iemand het in hun plaats doen, maar die mag geen materieel belang hebben bij het overlijden en dus geen erfgenaam zijn. Dan moet men ook de reden vermelden waarom de patiënt het niet zelf heeft kunnen schrijven, bijvoorbeeld wegens verlamming, blindheid, analfabetisme... en moet de behandelende arts aanwezig zijn en zijn naam vermeld worden.

Een volgende grondvoorwaarde is dat de patiënt ondraaglijk fysiek en/of psychisch lijdt. Maar alleen de patiënt kan dat inschatten voor zichzelf?

Inderdaad. Niemand kan in de plaats van iemand anders oordelen of het lijden, het ongemak, de pijn ondraaglijk zijn. Ook de arts niet.

Is lijden niet altijd subjectief?

Ja, per definitie. Dat wil nog niet zeggen dat de arts volledig buitenspel staat hierin. Hij kan zich wel degelijk een oordeel vormen of de claim van de patiënt dat hij ondraaglijk lijdt, gefundeerd en oprecht is. Hij kan bijvoorbeeld oordelen dat een patiënt die vreselijk veel pijn lijdt en in die omstandigheden euthanasie aanvraagt, te veel voortgaat op zijn huidige toestand (wat begrijpelijk is). De arts moet de patiënt er dan van overtuigen dat er nog ingrepen kunnen gebeuren (een operatie, de toediening van een medicijn of een zware pijnstiller) die zijn pijn tot een – voor de patiënt! – aanvaardbaar niveau kan brengen. De arts is trouwens wettelijk verplicht om de patiënt alle nog mogelijke behandelingen voor te leggen.

Is de patiënt verplicht om die mogelijke behandelingen te aanvaarden, terwijl hij ondraaglijk lijdt?

Neen, dat niet. Hoe de arts met die weigering omgaat, hangt af van geval tot geval.

Heb je te maken met een terminale kankerpatiënt die nog 40 kilogram weegt en die al ontelbare behandelingen heeft ondergaan, dan kan de arts alle begrip opbrengen voor de verzuchting van de patiënt om niet nog eens onder het mes te moeten of een chemokuur te moeten ondergaan. Zelfs al lijdt hij mogelijk geen pijn, omdat hij zwaar onder de morfine zit. Therapeutische hardnekkigheid is in zo'n geval immoreel en onverantwoord. Dat staat ook in de Wet betreffende de rechten van de patiënt: het recht op de stopzetting van een behandeling, zelf als die levensreddend zou zijn.

Maar als de arts wél nog een reële kans op verbetering van de toestand voor de patiënt ziet door een bepaalde behandeling, dan moet hij die mogelijkheid bij de patiënt verdedigen, ook al lijdt die op dat moment ondraaglijk. In de wet staat ook dat, om euthanasie mogelijk te maken, het lijden niet meer kan worden gelenigd. Er mogen dus geen behandelingsmogelijkheden meer zijn die het ondraaglijke lijden kunnen reduceren tot – een voor de patiënt – draaglijk lijden.

Conclusie: patiënten kunnen volgens de wet op de patiëntenrechten altijd behandelingen weigeren, zowel curatieve – zelfs levensreddende – als palliatieve therapieën. Weigert hij echter

een curatieve behandeling, dan heeft hij (voorlopig) geen recht op euthanasie. Misschien wel later wanneer hij door het weigeren van een geneesbare behandeling in een ongeneeslijk (palliatief) stadium is terechtgekomen. Weigert hij een palliatieve behandeling – omdat hij bijvoorbeeld niet overtuigd is dat zijn ondraaglijke lijden ermee verholpen zal worden – dan heeft hij wél recht op euthanasie, vermits hij ongeneeslijk is.

Kan het dat patiënten hun lijden erger maken dan het is, of zelfs ensceneren?

De ene mens is al theatraler dan de ander, maar artsen voorzien dat wel. Patiënten die hun lijden overdrijven om een euthanasie af te dwingen, vallen snel door de mand. De arts zal via onderzoek en diagnose kunnen oordelen of er voor dat lijden wel degelijk een medische context is.

Nog een andere grondvoorwaarde is dat de toestand van de patiënt medisch uitzichtloos moet zijn. Is dat altijd objectief vast te stellen?

Wat fysieke aandoeningen betreft wél. En aangezien de ruime meerderheid van de euthanasiedossiers gaat over fysieke aandoeningen, rijst er op dat vlak dus nooit echt een probleem. Dat is natuurlijk wel anders bij psychiatrische aandoeningen. Daar is de diagnose van 'uitzichtloosheid' veel moeilijker en zal het hele aanvraagproces dan ook veel langer duren.



De wet maakt een verschil tussen terminale en niet-terminale patiënten, al is hun toestand in beide gevallen medisch uitzichtloos. De procedure voor terminale patiënten is iets eenvoudiger dan voor niet-terminale. Kan men altijd objectief bepalen of een patiënt terminaal is?

Bij niet-terminale medische uitzichtloosheid kan het in theorie dat de patiënt nog jaren zal leven. Mario Verstraete was op 30 september 2002 de allereerste Belg die van het wettelijke recht op euthanasie gebruikgemaakt heeft. We kennen hem van de film *Tot altijd* van Nic Balthazar. Wel, Mario had multiple sclerose en kon nog jaren leven. Maar zijn toestand was wel degelijk medisch uitzichtloos (er was geen genezing meer mogelijk, er was geen behandeling meer die zijn toestand kon verhelpen) en zijn lijden ondraaglijk.

Wie terminaal is, heeft geen jaren meer voor zich, al wordt 'terminaal' nergens uitdrukkelijk gedefinieerd in tijd. Er zijn landen waar euthanasie alleen kan voor patiënten in een terminale fase. En dat wordt dan omschreven als 'een levensverwachting van maximaal zes maanden'. In een terminaal stadium bevind je je dus in een laatste fase. Maar wat is dat, de laatste fase? Terminaliteit valt niet altijd precies te voorspellen. Er zijn kankerpatiënten die van een arts te horen krijgen dat ze nog een levensverwachting van zes maanden hebben, maar die nog twee jaar leven of, omgekeerd, al na een maand overlijden.

Bij polypathologie, waarbij de patiënt lijdt aan verschillende aandoeningen tegelijkertijd, is het soms nog moeilijker om uit

de interactie tussen die verschillende kwalen een tijdsperspectief af te leiden. Als een patiënt euthanasie wil omdat hij te maken heeft met een leveraantasting, een botmetastase en een hersenaantasting tegelijk... Of als hij terzelfder tijd niet goed meer ziet, vaak verward is, hulp nodig heeft bij eten en drinken, incontinent is, niet meer zijn bed uit kan... Dan kan het dat een arts oordeelt dat hij 'toch nog niet terminaal is', omdat het in zo'n geval nu eenmaal moeilijk is een voorspelling te doen.

Waarom heeft de wetgever een duidelijk onderscheid gemaakt tussen terminaal en niet-terminaal?

Dat heeft te maken met de wens van de christendemocraten destijds. Zij vonden dat euthanasie pas kon in een extreme, terminale noodsituatie, wanneer alle palliatieve zorg uitgeput is. Toen heeft het toenmalige paars-groen gezegd dat er ook mensen zijn die ondraaglijk lijden ten gevolge van een ongeneeslijke aandoening, maar die nog niet in de terminale fase zitten. Daar is een hele parlementaire discussie over geweest. Paars-groen deed een toegeving en maakte de procedure bij een niet-terminale aandoening wat anders en zwaarder dan bij een terminale. In de hoop om zo de toenmalige CVP mee te doen stemmen voor de wet. Die stemde uiteindelijk tegen, dus was het onderscheid achteraf bekeken beter niet gemaakt. Want dat onderscheid maakt de zaak hopeloos complex. In de wet staat overlijden 'binnen afzienbare tijd' of 'binnen niet-afzienbare tijd'. Dat is al even vaag als terminaal en niet-terminaal. Men heeft daar uren over gediscussieerd, maar men

raakte er niet uit. De beste conclusie die ik toen hoorde, is dat je mag aannemen dat als iemand overleden is, hij daarvoor in de terminale fase zat. Dat is een a posteriori definitie en daar ben je natuurlijk niets mee.

Bij terminale aandoeningen moet de uitvoerende arts één andere arts raadplegen. Wie is die andere arts?

Dat mag om het even welke andere arts zijn, maar hij moet wel bevoegd zijn om te kunnen oordelen over de aandoening. ‘Bevoegd’ is niet gedefinieerd in de wet. In de praktijk betekent dit dat die tweede arts de patiënt moet hebben bezocht. Hij mag dus niet oordelen ‘vanop een afstand’. Dat houdt ook in dat hij het volledige dossier van de patiënt bekijkt: de medische geschiedenis, de uitgevoerde behandelingen, de medische beeldvorming, MRI-scans enzovoort.

Bij niet-terminale aandoeningen heeft de wetgever bepaald dat de procedure iets zwaarder is. Dan moet de uitvoerende arts immers twee andere artsen raadplegen, van wie minstens één specialist in de betrokken aandoening moet zijn.

Bij psychiatrisch lijden moet dat bijvoorbeeld een psychiater zijn, bij hartproblemen een cardioloog, bij kanker een oncoloog. Hierbij wil de wetgever dus zeker weten dat een specialist in die specifieke materie mee toekijkt. Of het mag in alle gevallen ook een psychiater zijn.

In Nederland heeft men het onderscheid tussen terminaal en niet-terminaal niet gemaakt. Daar volstaat dus slechts één supplementair advies.

Waar in het euthanasieproces ook veel rond te doen was, is dat het advies van die tweede of derde arts wel verplicht is, maar dat het advies noch gunstig moet zijn (voor de euthanasie-aanvraag) noch bindend (voor de uitvoerende arts) is. Dan lijkt het alsof het advies er totaal niet toe doet. En dat de uitvoerende arts dus eigenlijk vrij spel heeft.

Wie dat zo interpreteert, is van kwade wil en heeft zeer weinig vertrouwen in de beroepsernst en de deskundigheid van de uitvoerende arts.

De arts die euthanasie wil uitvoeren, heeft op basis van het medische dossier en in overleg met de patiënt uitgemaakt dat de vraag van de patiënt legitiem is. Dat gebeurt niet lichtzinnig en het gebeurt natuurlijk nooit zonder dat de wilsbekwame patiënt er herhaaldelijk en duurzaam om gevraagd heeft.

De wetgever heeft voorzien dat minstens een tweede arts het dossier moet bekijken, om zeker te zijn dat de behandelende arts niets over het hoofd ziet en de grondvoorwaarden naleeft. Maar er staat in de wet inderdaad niet dat dit advies bindend moet zijn.