

Conceptrichtlijnmodules richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis 1e cyclus modulair onderhoud

10

15

20

25

30

35

INITIATIEF

Cluster Psychiatrie en Diagnostiek

40

IN SAMENWERKING MET

NVvP, MIND, KNMG, NHG, NIP, Stichting In liefde laten gaan

45

MET ONDERSTEUNING VAN

Het Kennisinstituut van de Federatie voor Medisch Specialisten

FINANCIERING

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

5 **Colofon**
CONCEPTRICHTLIJN
© 2025

10

15

20

25

30

35

40

45

50 **Alle rechten voorbehouden.**

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

55

Inhoudsopgave

	Startpagina Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis.....	5
	<i>Verantwoording Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis.....</i>	<i>7</i>
10	<i>Samenstelling van het cluster.....</i>	<i>7</i>
	<i>Belangenverklaringen.....</i>	<i>8</i>
	<i>Flowchart.....</i>	<i>14</i>
	<i>Module 4.1 – Second opinion door onafhankelijk psychiater</i>	<i>16</i>
15	<i>Module 5.1 – Beoordeling door onafhankelijk consulent</i>	<i>29</i>

5 Startpagina Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis

Deze richtlijn valt onder het cluster Psychiatrie en diagnostiek.

10 **Waar gaat deze richtlijn over?**

Het verlenen van euthanasie en hulp bij zelfdoding is binnen het kader van de 'Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding' ook mogelijk bij patiënten met een psychische stoornis¹. Dat is al in 1994 bepaald door de Hoge Raad in het arrest-Chabot. Wel moet het onderzoek naar het euthanasieverzoek in dat geval verricht worden met 'grote behoedzaamheid', omdat bij 15 lijden met een psychische oorzaak de uitzichtloosheid van het lijden en de vrijwilligheid van het verzoek moeilijker zijn te beoordelen en omdat de patiënt doorgaans een nog relatief lange levensverwachting heeft. De eis van extra behoedzaamheid wordt breed gedeeld in de beroepsgroep en in de maatschappij. Deze richtlijn beoogt een actuele, zorgvuldige en bruikbare procedure te schetsen die aansluit bij de eis van extra behoedzaamheid en bij de overige geldende medische, 20 ethische en juridische normen op dit punt en die implementeerbaar is in de hedendaagse medische praktijk.

In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Bespreken van het verzoek met de patiënt
- 25 • Besluit een verzoek tot levensbeëindiging te onderzoeken
- Second opinion door een onafhankelijke deskundige
- Betrekken van overige hulpverleners en het voeren van multidisciplinair overleg
- Bespreken van het verzoek met familie en naasten
- Toetsing van de vier wettelijke zorgvuldigheidscriteria (vrijwillig en weloverwogen verzoek, 30 uitzichtloos en ondraaglijk lijden, bespreken van de situatie en vooruitzichten, geen redelijke andere oplossing)
- Beoordeling door onafhankelijk consulent
- Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding
- Verslaglegging en melding
- 35 • Nazorg

Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is voor psychiaters en andere artsen bij wie een verzoek tot levensbeëindiging wordt neergelegd door een patiënt op grond van een psychische stoornis.

40 **Voor patiënten**

Deze richtlijn beschrijft hoe een arts een wens tot euthanasie of hulp bij zelfdoding op grond van een psychische stoornis op een zorgvuldige manier kan bespreken en beoordelen. Euthanasie is geen recht van de patiënt en is geen plicht van de arts. Het mag alleen worden uitgevoerd als de arts de 45 overtuiging heeft dat aan een aantal wettelijke eisen is voldaan. Een arts moet onder andere nagaan of het verzoek om euthanasie vrijwillig en weloverwogen is, of de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt en of er nog redelijke andere oplossingen zijn. Deze richtlijn gaat over het bespreken van de euthanasiewens met de patiënt, het betrekken van andere hulpverleners (bijvoorbeeld de huisarts of eerdere behandelaren) en familie en naasten bij het euthanasietraject, de beoordeling of een verzoek 50 aan de wettelijke eisen voldoet, de procedurele stappen die moeten worden gezet, het uitvoeren van euthanasie en het verlenen van nazorg.

¹ Overal waar euthanasie staat kan ook hulp bij zelfdoding worden gelezen, tenzij nadrukkelijk anders vermeld

5

Toepassen

De richtlijn is opgebouwd volgens de stappen die patiënt en arts samen doorlopen in het euthanasietraject. Hierin worden vier opeenvolgende fasen onderscheiden: de verzoekfase, de beoordelingsfase, de consultatiefase en de uitvoeringsfase. Dit proces is schematisch weergegeven in het [stroomschema](#) (zie aanverwante items).

10

Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

Het initiatief voor deze richtlijn is afkomstig van Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De eerste versie van de richtlijn is verschenen in 1998, hierna vonden volledige herzieningen plaats in 2009 en 2018. Deze richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire commissie.

15

Modulair onderhoud

Vanaf 2024 wordt de richtlijn modulair herzien door het cluster Psychiatrie en Diagnostiek. Onder de 'samenstelling van het cluster' (zie verantwoording) staat beschreven welke organisatie deelnemen aan het cluster. Meer informatie over werken in clusters en modulair onderhoud vindt u [hier](#).

20

5 Verantwoording Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis

Voor meer details over de gebruikte richtlijnmethodologie verwijzen wij u naar de [Werkwijze](#).
Relevante informatie voor de ontwikkeling/herziening van deze richtlijnmodule is hieronder weergegeven.

Samenstelling van het cluster

Voor het ontwikkelen van de richtlijnmodule is in 2024 een multidisciplinaire cluster ingesteld. Het cluster Psychiatrie en Diagnostiek bestaat uit meerdere richtlijnen, bekijk [hier](#) de actuele clusterindeling. De stuurgroep bewaakt het proces van modulair onderhoud binnen het cluster. De expertisegroepsleden geven hun expertise in, indien nodig. De volgende personen uit het cluster zijn betrokken geweest bij de herziening van deze module:

Clusterstuurgroepleden

- Prof. dr. A.T.F. Beekman, psychiater, Amsterdam UMC, Amsterdam (NVvP)
- Dr. D.P. Ravelli, psychiater (NVvP)
- Dr. N.D. Veen, psychiater, ggz-Delftland, Delft (NVvP)
- Dr. T.J.M. Ingenhoven, psychiater (NVvP)
- Dr. S.M.P. van Veen, psychiater, Amsterdam UMC, Amsterdam (NVvP)
- Dr. S.J. Roza, psychiater, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam (NVvP)

Betrokken clusterexpertisegroepsleden

- Dr. S.M.P. van Veen, psychiater, Amsterdam UMC, Amsterdam (NVvP) (coördinerend stuurgroeplid)
- Dr. R.M. Marijnissen, psychiater, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen (NVvP)
- Dr. J. Hovens, psychiater en SCEN-arts, Leids Universitair Medisch Centrum, LUMC (NVvP)
- Dr. M.A. Bottelier, psychiater, Accare (NVvP)
- Drs. P.A.M. Stärcke, psychiater en SCEN-arts, GGZ inGeest, Amsterdam en Levenseindekliniek, Den Haag (NVvP)
- Mr. Dr. Esther Pans, juridisch adviseur, Expertisecentrum Euthanasie, den Haag (eigen titel)
- Dr. M.J.M. van den Eijnden, patiënten/naastenperspectief, MIND
- Drs. C.J. van der Boom, Klinisch Psycholoog, Altrecht, Utrecht (NIP)
- E. Beukema, patiënten/naastenperspectief, MIND
- Dr. D.P. Touwen, medisch ethicus, Leids Universitair Medisch Centrum, LUMC (eigen titel)
- Drs. G. van Dijk, medisch ethicus (KNMG)
- L. Zwart-Reijnders, huisarts en kaderhuisarts ggz, Zutphen (NHG)
- T.M.C. Cohen Stuart, huisarts en kaderhuisarts ggz, Arnhem (NHG)
- J. van den Meijdenberg, Kinder- en Jeugdpsychiater, Karakter, Nijmegen (NVvP)

Met ondersteuning van

- Dr. L.C. Houtepen, adviseur. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Drs. B. Vogelaar, adviseur. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Drs. M. Lenaers, junior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

5 Belangenverklaringen

Een overzicht van de belangen van de clusterleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten via secretariaat@kennisinstituut.nl.

Clusterstuurgroepleden

10

Tabel 1 Gemelde (neven)functies en belangen stuurgroep

<i>Naam</i>	<i>Hoofdfunctie</i>	<i>Nevenwerkzaamheden</i>	<i>Persoonlijke financiële belangen</i>	<i>Persoonlijke relaties</i>	<i>Extern gefinancierd onderzoek</i>	<i>Intellectuele belangen en reputatie</i>	<i>Datum</i>	<i>Restrictie</i>
Sisco van Veen	Psychiater bij ggz ingeest en postdoctoraal onderzoeker bij het Amsterdam UMC en 113 zelfmoordpreventie.	* Bestuurslid ThaNet. * Podcastmaker bij Prelum uitgevers. * Dagvoorzitter bij BSL uitgevers.	Geen	Geen	Mijn onderzoek wordt mede gefinancierd door de NVVE en stichting VCVGZ. Voor de bestuursfunctie bij ThaNet ontvang het Amsterdam UMC vacatiegelden via het UMC Groningen vanuit min VWS. *NVVE: Persisterende doodswensen, projectleider. *Suicidaliteit bij mensen met een psychiatrische eutheanasiewens, projectleider	Geen	04-06-2024	Alle moduleteksten en aanbevelingen werden besproken in de stuurgroep onder voorzitterschap van Aartjan Beekman, alvorens ze zijn vastgesteld.
Natalie Veen	psychiater, opleider, GGZ Delfland	commissie lid geschillen commissie (onbezoldigd)	Geen	Geen	Geen	Geen	11-06-2024	Geen restricties
Theo Ingenhoven	Arkin, NPI, Amsterdam	ZZPer en docent bij RINO	Geen	Geen	Geen	Geen	22-11-2024	Geen restricties
Aartjan Beekman (voorzitter)	Amsterdam UMC hoogleraar psychiatrie	Raad van Toezicht Informatie Voorziening Zorg Raad van Toezicht NIVEL Stuurgroep landelijke agenda Suicidepreventie Diverse onderzoeksconsortia en gerelateerde stuurgroepn Referee voor diverse	Geen	Geen	De afgelopen drie jaar geen onderzoek gefinancierd door de farmaceutische industrie of door andere commerciële partijen.	Ik heb in het verleden verschillende functies gehad bij de NVvP – o.a. voorzitter geweest tussen 2012 en 2016.	22-07-2024	Geen restricties

		wetenschapopelijke bladen en onderzoeksorganisaties.						
Dick Ravelli	FMS	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	23-07-2024	Geen restricties
Sabine Roza	Psychiater, opleider Forensische Psychiatrie en directeur Zorg & Behandeling bij Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (onderdeel van Dienst Justitiële Inrichtingen, bij Ministerie van Justitie & Veiligheid): 36 uur / week (betaald), Universitair Hoofddocent Forensische Psychiatrie bij Erasmus MC: 8 uur per week (betaald)	Gerechtelijk deskundige in strafzaken Jeugd en strafzaken Volwassenen (binnen dienstverband NIFP en als zzp (betaald)	Geen	Geen	Financier 1: Stichting tot Steun VCVGZ: Niet-aangeboren hersenletsel bij forensisch-psychiatrische patienten. Financier 2: Stichting tot Steun VCVGZ: Sekseverschillen in delictgedrag, projectleider. raakt slechts indirect aan de richtlijn Psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken. Financier 3: ZonMW: Regionale kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag rotterdam-Rijnmond.	Uitsluitend t.a.v. de richtlijn Psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken is vanwege mijn forensisch-psychiatrische expertise en reputatie hiervan enig voordeel te verwachten.	15-08-2024	Geen restricties

5 Betrokken clusterexpertisegroepleden

Tabel 2 Gemelde (neven)functies en belangen expertisegroep

Naam	Hoofdfunctie	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Extern gefinancierd onderzoek	Intellectuele belangen en reputatie	Overige belangen	Datum	Restrictie
Marco Bottelier	Bestuurder Accare	Bestuurslid NVvP en Kenniscentrum KJP	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	10-10-2024	Geen restricties
Radboud Marijnissen	Psychiater en Chef de Clinique UMCG Groningen	voorzitter Thanet Voorzitter Commissie euthanasie en psychiatrie NVvP SCEN arts Voorzitter IAADM	Geen	Geen	Palliatieve zorg bij mensen met EPA, inhoud Financier: Zorgondersteuningsfonds	Geen	Geen	07-11-2024	Geen restricties
Gert van Dijk	KNMG. beleidsadviseur ethiek, 0,6 FTE. Beleidsvoorbereiding, standpuntontwikkeling Erasmus MC, secretaris ethische commissie 0,2 FTE	Bestuurslid Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	18-11-2024	Geen restricties
Paulan Starcke	Psychiater Expertisecentrum Euthanasie	SCEN-arts	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	8-11-2024	Geen restricties
Dorothea Touwen	Associate professor medische ethiek Leids Universitair Medisch Centrum (fulltime, betaald)	lid Adviesraad Expertisecentrum Euthanasie (vacatieregeling)	Geen	Geen	1. ZonMw: Vrijheid en veiligheid in de zorg voor mensen met dementie; kwalitatief ethiek onderzoek. 2. ZonMw: Shared Decision making bij kankerpatiënten met een migratieachtergrond. 3. NWO: Waarden en verwachtingen van vluchtelingen m.b.t. gezondheidszorg. 4. ERC: Plaats van sterven en patiënt voorkeuren in 4 verschillende landen. Van	Geen	Geen	22-11-2024	Geen restricties

					alle projecten ben ik de (Nederlandse) projectleider. Van project nummer 4 leid ik alleen het Nederlandse deel.				
Josine Leemans - van den Meijdenberg	Kinder en jeugdpsychiater, werkgever: Karakter kinder en jeugdpsychiatrie	commissie Euthanasie in de GGZ	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	26-11-2024	Geen restricties
Kees Jan van der Boom	klinisch psycholoog, Altrecht (betaald) werkzaamheden: diagnostiek, psychotherapie, management en beleid, scholing en opleiding, wetenschappelijk onderzoek	- voorzitter Bestuurscommissie Ethische Zaken (BEZ), Nederlands Instituut van Psychologen (onbetaald) - lid Klachtencommissie, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (betaald) - lid Examencommissie opleidingen tot klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog, Stichtingen PaOn, PDO-GGZ Utrecht, PDO-GGZ Leiden/Rotterdam (betaald)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	17-12-2024	Geen restricties
Dorien Cohen Stuart	huisarts met eigen praktijk	kaderhuisarts GGZ bij Huisartsenzorg Oude IJssel; penningmeester	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	13-12-2024	Geen restricties

		Achterstands Fonds Arnhem							
Leida Zwart-Reijnders	huisarts/kaderhuisarts GGZ, praktijkhouder en medewerker HOOG	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	11-12- 2024	Geen restricties
Ellen Beukema	Voorzitter Stichting In liefde laten gaan	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Ik ben een van de ondertekenaars van de petitie Respecteer de euthanasiewet	12-01- 2025	Geen restricties
Esther Pans	Juridisch adviseur Expertisecentrum Euthanasie, Den Haag	Lid-jurist Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam/Den Haag Wetenschappelijk medewerker Faculteit der Rechtsgeleerdheid Vrije Universiteit Amsterdam (vakgroep Privaatrecht, afdeling Gezondheidsrecht) Docent Grotius Academie (postacademisch onderwijs), leergang Gezondheidsrecht, Nijmegen Auteur Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht (wetten: Wtl en Wafz), Kluwer, Deventer Redacteur Tijdschrift voor Gezondheidsrecht	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	12-01- 2025	Geen restricties

Jacqueline Hovens	Psychiater - 26,6 uur per week LUMC Leiden	SCEN arts - betaald per SCEN consult (12-16 consulten per jaar) Kaderarts palliatieve zorg in hospice - op consultbasis betaald (6 x per jaar)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	28-01-2025	Geen restricties
Monique van den Eijnden	Beleidsadviseur en medewerker team Kennis, Innovatie en Onderzoek bij MIND	Adviserend ervaringsdeskundig lid Concilium Psychiatricum NVvP - vacatievergoeding Lid patient review panel ERA-NET Neuron - vacatievergoeding Ambassadeur Nationaal Plan Hoofdzaken - onbetaald Nordic Walking trainster - zzp	Geen	Geen	Onderzoeken die door ZonMw of de Hersenstichting gesubsidieerd zijn, steeds voor een klein aantal uren als patiënt-onderzoeker of coördinator patiënten- en naastenparticipatie. Ook een aantal aanvragen die nog open staan. ZonMw;perinatale psychiatrie;PL nee Hersenstichting;trauma; PL nee	Geen belangenverstrengeling, wel meewerkend in de rol van vertegenwoordiger van het patiënten- en naastenperspectief.	Nee	02-02-2025	Geen restricties

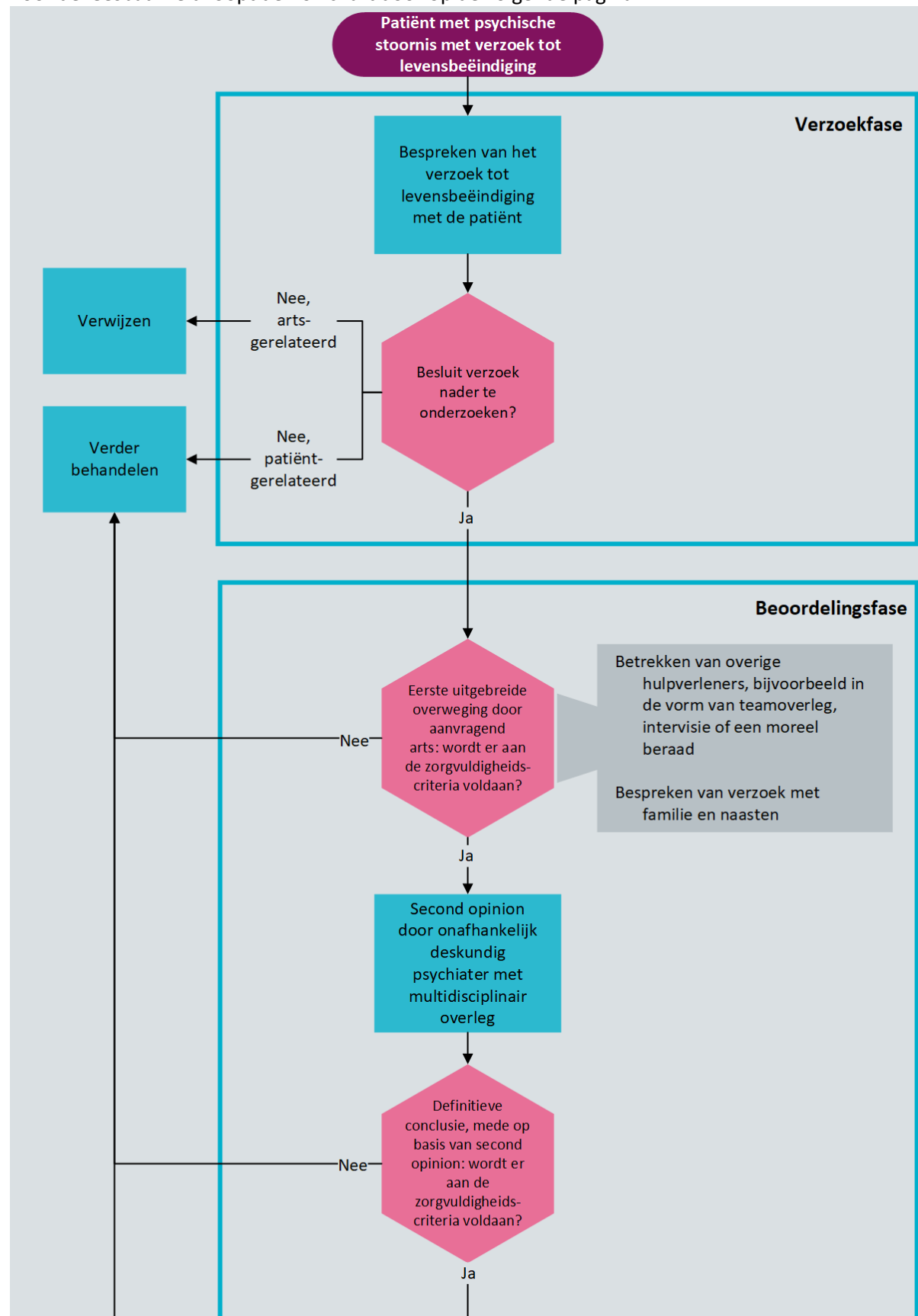
5

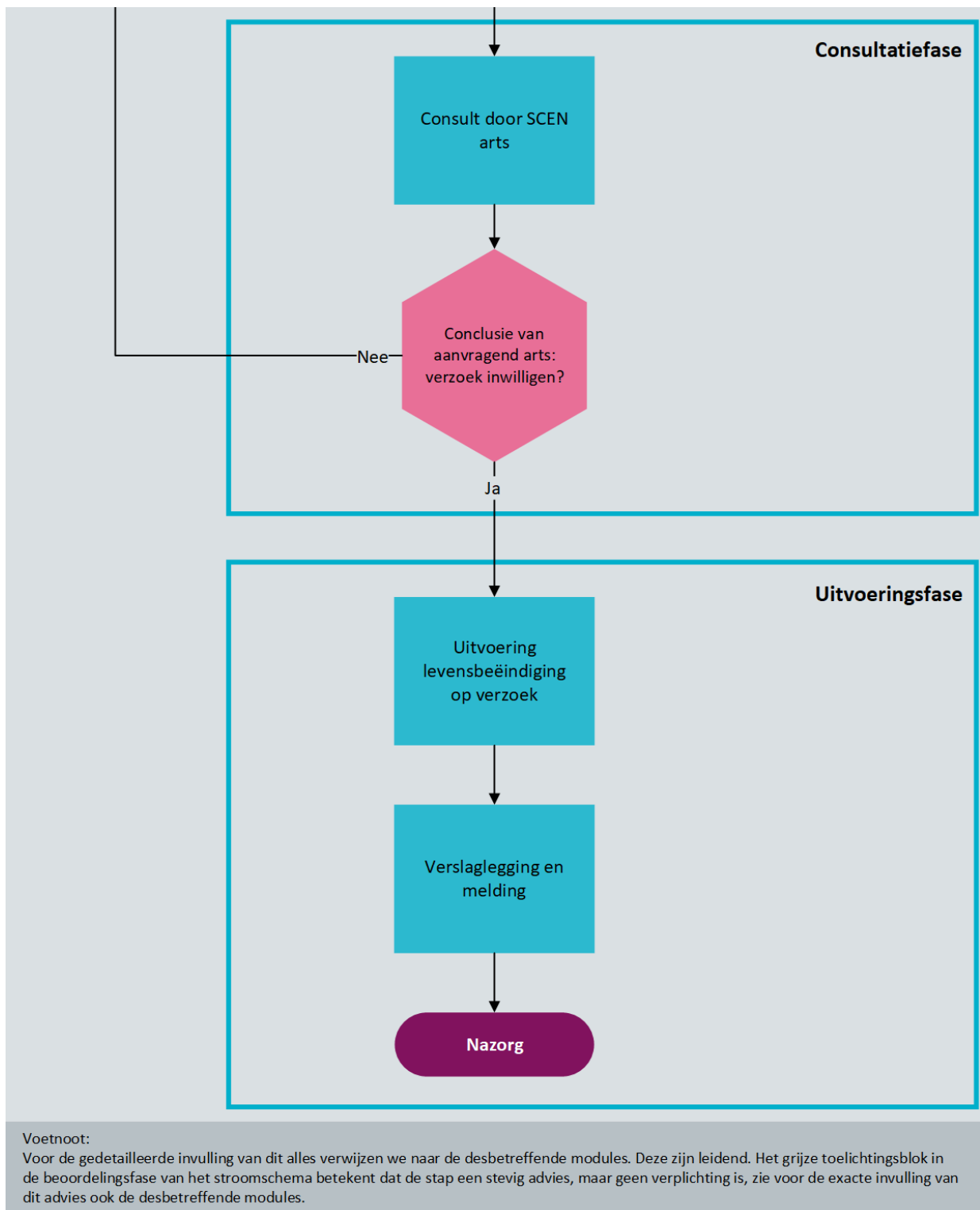
Kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de Wkkgz

De kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de Wkkgz volgt na de commentaarfase.

Flowchart

Voor de leesbaarheid loopt de flowchart door op de volgende pagina.





NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE

Initiatiefnemende vereniging

NB1: Dit stroomschema hoort bij de richtlijn 'Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis'. Lees altijd de overwegingen en aanbevelingen van de betreffende module voor nuances, eventuele afwijkende situaties en extra achtergrondinformatie.

NB2: Betrek de patiënt bij de besluitvorming.



Federatie
Medisch
Specialisten

Ontwikkeld door het
Kennisinstituut van de Federatie
Medisch Specialisten

©2025 Versie 1 (09-07-2025)

Module 4.1 – Second opinion door onafhankelijk psychiater

Uitgangsvraag

- 5 Hoe moet de second opinion door een onafhankelijk psychiater vormgegeven worden?

Subuitgangsvragen

- Welke psychiater of deskundigen moet de arts raadplegen wanneer hij/zij overweegt in te gaan op een verzoek om levensbeëindiging?
- 10 Welke aspecten dienen terug te komen in de second opinion door een onafhankelijk psychiater?

Aanbevelingen

Zorg als aanvragend arts dat een second opinion door een onafhankelijk psychiater wordt uitgevoerd.

Bij uitzondering kan het ook een andere deskundige zijn met specifieke expertise op het gebied van de aandoening van de patiënt. In dit geval dient de wilsbekwaamheid inzake het verzoek tot hulp bij levensbeëindiging ook beoordeeld te worden door een onafhankelijk psychiater of ter zake deskundig arts.

Deze onafhankelijk deskundigen zijn bij voorkeur werkzaam in een academisch- of TOPGGZ centrum.

De vraagstelling aan de onafhankelijk psychiater omvat:

- De beoordeling van de juistheid van de diagnose(-n) van de psychische aandoening(en).
- De beoordeling van de resterende redelijke behandel- en ondersteuningsmogelijkheden om het ondraaglijk lijden door de psychische aandoening te verminderen.
- De beoordeling van de wilsbekwaamheid inzake het verzoek tot levensbeëindiging.

De onafhankelijk deskundige bespreekt zijn bevindingen in een multidisciplinair overleg.

De onafhankelijk psychiater die de second opinion heeft verricht maakt een beredeneerd verslag. Dit wordt ter beschikking gesteld wordt aan de aanvragend arts, de patiënt en indien het traject vordert ook de SCEN-arts en de gemeentelijk lijkschouwer.

Bij een verschil van oordeel tussen de aanvragend arts en de onafhankelijk psychiater die de second opinion heeft verricht, heroverweegt de aanvragend arts de voortgang van het traject van levensbeëindiging op verzoek.

15 Achtergrond herziening 2025

- Om in de beoordelingsfase tot een afgewogen besluit te komen dient de arts altijd een second opinion aan te vragen bij een onafhankelijk psychiater met specifieke expertise op het gebied van de aandoening van de patiënt. Er is daarbij met name bij jongeren en ouderen ook specifieke kennis nodig over de problematiek van de patiënt in relatie tot de ontwikkeling en leeftijd. In uitzonderingsgevallen kan het ook een onafhankelijk deskundige
- 20

zijn van een andere discipline. Omwille van de leesbaarheid wordt in het vervolg steeds gesproken van ‘onafhankelijk psychiater’.

- 5 Vaak zal er sprake zijn van meerdere psychische aandoeningen. De aanvragend arts spreekt samen met de patiënt en eventueel diens naasten af wat de kern van de problematiek is en dus de grondslag voor het verzoek om hulp bij levensbeëindiging. Deze grondslag is leidend voor de aanvraag van de second opinion. Juist omdat er vaak sprake is van verschillende psychische aandoeningen dient in de second opinion ook de brede samenhang tussen de verschillende aandoeningen beoordeeld te worden. De second opinion is noodzakelijk voor
10 de arts om tot een onderbouwd besluit te komen. In deze module wordt de second opinion toegelicht.

Bij patiënten van 18 tot 23 jaar wordt geadviseerd als naasten de ouders/verzorgers (met gezag) te betrekken bij de second opinion, waarbij wel is vereist dat de patiënt hier toestemming voor geeft.

- 15 *Voor minderjarige patiënten geldt dat de ouders/verzorgers (met gezag) moeten worden betrokken. Volgens de [Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding](#) (WtI) is het bij minderjarige patiënten:*

- *van 12 tot 16 jaar verplicht dat de ouders/wettelijke vertegenwoordigers instemmen met het verzoek om (hulp bij) levensbeëindiging;*
- 20 • *van 16 tot 18 jaar verplicht dat de ouders/wettelijke vertegenwoordigers worden betrokken bij de besluitvorming over het verzoek om (hulp bij) levensbeëindiging.*

Omwille van de leesbaarheid wordt in het vervolg gesproken over ‘naasten’.

Search and select

- 25 Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse met PICO en GRADE beoordeling verricht, omdat het karakter van deze vraag zich niet goed leent voor beantwoording door middel van een systematische review van origineel wetenschappelijk onderzoek.

Methode

- 30 Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de commissie (zie literatuurlijst).

Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

Deskundigheid en onafhankelijkheid van de psychiater die de second opinion verricht

35

Deskundigheid

- Elke arts dient in de beoordelingsfase van het euthanasietraject altijd een onafhankelijk psychiater te raadplegen met specifieke deskundigheid inzake de psychische aandoening van de patiënt. In uitzonderingsgevallen kan de second opinion echter ook verricht worden door
40 een andere deskundige dan een psychiater, wanneer deze deskundige bij uitstek beschikt over de specifieke expertise op het gebied van de aandoening van de patiënt. Te denken valt aan een verslavingsarts wanneer de grondslag van het verzoek een ernstige en therapieresistente verslaving betreft, een klinisch psycholoog of psychotherapeut bij een persoonlijkheidsstoornis, een arts verstandelijk gehandicapt (AVG) bij comorbide
45 verstandelijke beperkingen of een klinisch geriater bij een oudere patiënt met psychiatrische

én somatische multimorbiditeit. In de verslaglegging onderbouwt de aanvragend arts waarom *op inhoudelijke gronden* voor een andere deskundige dan een psychiater is gekozen.

5 De wilsbekwaamheid van de patiënt inzake het verzoek tot hulp bij levensbeëindiging kan alleen door een arts worden beoordeeld. Wanneer de geraadpleegde onafhankelijk deskundige geen arts is, zal de aanvragend arts de wilsbekwaamheid apart moeten laten beoordelen in de beoordelingsfase door een psychiater of een andere ter zake deskundige arts zoals een verslavingsarts of arts verstandelijk gehandicapten. Hulp bij levensbeëindiging is een (bijzondere) medische handeling waarover de beoordeling van wilsbekwaamheid
10 wordt gevraagd en derhalve dient een arts deze beoordeling te verrichten.

Vanwege de benodigde specifieke expertise is de onafhankelijk psychiater bij voorkeur werkzaam in een TOPGGz centrum of academisch ziekenhuis. Aangezien vaak sprake is van meerdere psychische aandoeningen wordt specifieke deskundigheid gevraagd over de
15 psychische aandoening die als kernproblematiek gezien wordt, in afstemming met de patiënt en eventueel diens naasten.

Vaak is naast de specifieke kennis en expertise op het gebied van de aandoening ook, of juist, kennis en expertise nodig over de samenhang tussen de verschillende aandoeningen.
20 In het geval dat vooral de samenhang tussen de verschillende aandoeningen onderzocht moet worden is het goed voorstelbaar dat dan gemotiveerd wordt verwezen naar een andere setting dan een TOPGGz centrum of academische ziekenhuis.

Het is van belang vroeg in het traject aan patiënt en diens naasten voorlichting over de second opinion te geven. Ook wordt met hen besproken welke onafhankelijk psychiater passend is voor problematiek van de patiënt. Vanwege de veelal ernstige en therapieresistente aandoeningen die ten grondslag liggen aan het verzoek van de patiënt kan een diagnostische opname nodig zijn, eventueel in een hoogspecialistisch, derdelijns, centrum. Het zoeken van een onafhankelijk psychiater of specialistisch centrum en het
25 aanvragen van de second opinion is de verantwoordelijkheid van de arts. Voor het vinden van een geschikte onafhankelijk psychiater kan in eerste instantie verwezen worden naar het academisch of TOPGGz centrum in de regio dan wel de grootste ggz-instelling in de regio.
30

Vanwege de belasting voor de patiënt is het streven om verzoeken om levensbeëindiging zoveel mogelijk te behandelen binnen de eigen regio van de patiënt en binnen het netwerk van de bestaande zorgpartners. Voor de second opinion kan het echter nodig zijn een onafhankelijk psychiater of instelling buiten de eigen regio te raadplegen.
35

40 *Onafhankelijkheid*

De psychiater die de second opinion verricht dient onafhankelijk te zijn. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de arts als de patiënt. De vereiste onafhankelijkheid houdt in dat de second opinion-psychiater:

- geen familielid van de arts, de patiënt of naasten is;
 - geen persoonlijke relatie heeft met de arts en de patiënt;
 - geen organisatorische relatie heeft met de arts, dus geen lid is van het team, de groepspraktijk of de maatschap, en ook niet in een hiërarchische of financiële verhouding staat tot de arts;
 - geen professionele relatie heeft of heeft gehad met de patiënt.
- 45

Veelvuldige samenwerking tussen arts en onafhankelijk psychiater kan ook leiden tot een situatie waarin er geen sprake meer is van de vereiste onafhankelijkheid. Het is de verantwoordelijkheid van zowel de aanvragend arts als de onafhankelijk psychiater om de onafhankelijkheid zorgvuldig te beoordelen, te beargumenteren en te documenteren.

5

Het is niet per se noodzakelijk dat de arts en degene die de second opinion verricht in verschillende instellingen werkzaam zijn. Als de psychiater geen voldoende onafhankelijk oordeel kan geven, dan is de aanvragend arts verantwoordelijk voor het vinden van een andere onafhankelijke psychiater.

10

Doel van second opinion

De second opinion is als medisch-professionele norm voorgeschreven voor alle artsen die hulp bij levensbeëindiging op psychische grondslag overwegen, dus ook voor artsen en psychiaters die zelf ter zake voldoende deskundig zijn. Deze norm vanuit de beroepsgroep past bij de wetsgeschiedenis en de rechtsspraak die stelt dat in een situatie van euthanasie op grond van een psychische aandoening 'uiterste behoedzaamheid' is geboden. Deze richtlijn maakt onderdeel uit van de professionele standaard. De WtI of de EuthanasieCode (RTE, 2022) stellen de verplichting van de second opinion uit deze richtlijn niet, maar stelt wel dat er een onafhankelijke beoordeling dient plaats te vinden.

20

De verplichte second opinion is bedoeld om een zorgvuldig besluitvormingsproces van de arts te bevorderen. Het raadplegen van een onafhankelijke psychiater helpt om:

- de juistheid van de psychische diagnose(s) vast te stellen.
- te bepalen of er resterende behandel- of ondersteuningsmogelijkheden zijn om het ondraaglijk lijden te verminderen,
- te bepalen of de patiënt wilsbekwaam is inzake het verzoek.

25

Ook kan de second opinion de arts helpen om te zien of er sprake is van overdracht- tegenoverdracht-fenomenen tussen patiënt en arts die het besluitvormingsproces inzake het verzoek tot levensbeëindiging kunnen beïnvloeden.

30

De second opinion vindt bij voorkeur in een vroeg stadium van de beoordelingsfase plaats, aangezien ze cruciaal is voor de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen door de aanvragend arts (zie Figuur 1: Stroomschema second opinion en consultatie) en arts, patiënt en naasten tijdig duidelijkheid verschaft.

35

Met een tijdige second opinion wordt geborgd dat voorafgaande aan de consultatiefase in de beoordelingsfase het perspectief van de onafhankelijk psychiater op kernonderdelen van het verzoek tot hulp bij levensbeëindiging helder is en dat niet voortijdig wordt overgegaan tot de consultatie door een SCEN-arts (zie de module 'Beoordeling door SCEN-arts' (NVvP, 2025)).

40

De second opinion door de onafhankelijk psychiater in de beoordelingsfase dient nadrukkelijk onderscheiden te worden van de onafhankelijke consultatie door een SCEN-arts. Deze consultatie wordt in principe pas aangevraagd als de eigen besluitvorming over het verzoek tot levensbeëindiging door de arts is afgerond, met inachtneming van de conclusies van de second opinion door de onafhankelijk psychiater. Patiënt en naasten dienen goed voorgelicht te worden over het verschil tussen de second opinion en de consultatie door de SCEN-arts (zie ook module 'Bespreken van het verzoek met familie/naasten' (NVvP, 2018a)).

50

Vraagstelling second opinion

De vraagstelling aan de psychiater die de second opinion uitvoert omvat:

- 5 1. De beoordeling van de juistheid van de diagnose(-n) van de psychische aandoening(en).
2. De beoordeling van de resterende redelijke behandel- en ondersteuningsmogelijkheden om het ondraaglijk lijden door de psychische aandoening te verminderen.
- 10 3. De beoordeling van de wilsbekwaamheid inzake het verzoek tot levensbeëindiging. Indien de onafhankelijk deskundige geen psychiater of gespecialiseerd arts is dient in de beoordelingsfase separaat de wilsbekwaamheidsbeoordeling plaats te vinden door een andere onafhankelijk psychiater of gespecialiseerde arts. De beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake van een verzoek om euthanasie kan alleen gedaan worden door een arts.

- 15 De second opinion omvat dus drie aspecten, waarbij de beoordeling van de psychiatrische diagnostiek en die van de resterende behandel- en ondersteuningsopties logischerwijs met elkaar samenhangen.

Ad 1 Beoordeling diagnostiek

- 20 De psychiatrische diagnostiek gaat vanzelfsprekend (met name) over de aandoeningen die de grondslag vormen voor het verzoek tot hulp bij levensbeëindiging en de samenhang tussen die verschillende aandoeningen. Er wordt vanuit breed perspectief geëvalueerd hoe het ondraaglijk lijden verklaard kan worden. Er wordt een structuurdiagnose van de psychische aandoening(en) geformuleerd en daarnaast wordt een classificatie vastgesteld.
- 25 Het is raadzaam hierbij de NVvP [richtlijn psychiatrische diagnostiek](#) te gebruiken (NVvP, 2015).

- 30 Om te komen tot een diagnose kan het nodig zijn aanvullend onderzoek te verrichten zoals neuropsychologisch of persoonlijkheidsonderzoek. Als vermoed wordt dat er aanvullende diagnostiek nodig is, is het raadzaam dit zo snel mogelijk met de aanvragend arts, de patiënt en eventueel naasten te bespreken. Met de aanvragend arts wordt afgesproken wie deze aanvullende diagnostiek gaat verrichten.

- 35 Om te komen tot een structuurdiagnose is het nodig ook het perspectief van de naaste(-n) op de problematiek van patiënt mee te wegen en hen eventueel separaat van patiënt te spreken indien deze akkoord gaat. Het is zinvol om de invloed van overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen tussen patiënt en aanvragend arts op de besluitvorming inzake het verzoek tot hulp bij levensbeëindiging te beoordelen. Dit laatste geldt in ieder geval voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis maar vaak ook bij andere patiënten kan dit van waarde zijn. Bij de beoordeling van de overdrachtsrelatie wordt in de gesprekken met
- 40 patiënt specifiek aandacht besteed aan de overdracht naar de aanvragend arts en in (telefonisch) overleg met de aanvragend arts wordt zicht verkregen op de tegenoverdracht. Hierbij gaat het erom te bepalen of sprake is van een uitzonderlijke mate van overdracht/tegenoverdracht die van invloed is op de besluitvorming rondom het verzoek tot
- 45 levensbeëindiging waardoor objectieve beoordeling van de eerste vier zorgvuldigheidscriteria van het verzoek door de aanvragend arts bemoeilijkt wordt (zie de module '[Specifieke patiëntengroepen levensbeëindiging](#)' (NVvP, 2018b)).

Ad 2 Beoordeling resterende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden

- De vraag dient beantwoord te worden of er een mogelijkheid is, in de vorm van behandeling of ondersteuning, binnen of buiten de geestelijke gezondheidszorg die het ondraaglijk lijden vanuit de psychische aandoening(en) in die mate kan verminderen dat het voor de patiënt mogelijk is om verder te leven. Bij de beoordeling van de resterende redelijke behandel- en ondersteuningsmogelijkheden gaat het om het zoeken naar mogelijkheden voor deze specifieke, unieke patiënt die het ondraaglijk lijden kunnen verminderen en niet om behandelopties die in het algemeen gelden bij een bepaalde psychische aandoening. Er worden zowel curatieve en herstelondersteunende mogelijkheden beoordeeld als ook interventies die zich in het geheel richten op de kwaliteit van leven en zingeving. Er dient ook gedacht te worden aan mogelijkheden tot behandeling en ondersteuning in de sociaal-maatschappelijke en systemische context.
- Bij deze beoordeling wordt ook in kaart gebracht welke behandeling in het verleden juist een bijdrage heeft geleverd aan verergering van het ondraaglijk lijden.
- 15 In een advies met betrekking tot resterende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden wordt ermee rekening gehouden dat de resultaten binnen een afzienbare termijn te bereiken zijn en er een redelijke verhouding is tussen de te verwachten resultaten en de belasting van behandelingen voor deze patiënt. Daarbij wordt rekening gehouden met de draagkracht van en draaglast voor de patiënt. Of de adviezen die gegeven worden in de
- 20 second opinion een redelijk en haalbaar alternatief zijn voor patiënt wordt uiteindelijk beoordeeld door patiënt en aanvragend arts samen. Wanneer een patiënt een behandel- of ondersteuningsmogelijkheid met een reëel perspectief op verlichting van het lijden weigert kan dat tot gevolg hebben dat er geen euthanasie kan plaatsvinden. De wettelijke zorgvuldigheidseis stelt immers dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen
- 25 redelijke alternatieven meer zijn.

Ad 3 Beoordeling wilsbekwaamheid

- In de second opinion door de onafhankelijk psychiater wordt de beoordeling van de wilsbekwaamheid inzake het verzoek tot levensbeëindiging expliciet verricht (zie de module
- 30 [Beoordelingsfase vrijwillig en weloverwogen verzoek](#) (NVvP, 2018c)). Een patiënt die een ernstige psychische aandoening heeft kan wel wilsbekwaam zijn inzake het euthanasieverzoek. Er wordt beoordeeld of het verzoek niet louter wordt ingegeven door de symptomen van de aandoening. Er wordt nagegaan of de patiënt beschikt over de vereiste cognitieve vermogens zoals onder meer wordt beschreven door de criteria van Appelbaum en Grisso (Appelbaum, 1988). Het betreft het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken, het vermogen om informatie te begrijpen, het vermogen om informatie toe te passen op de eigen situatie en het vermogen tot logisch redeneren over het verzoek tot hulp bij levensbeëindiging. Vastgesteld moet worden of de patiënt in voldoende mate de betekenis van de informatie voor de eigen situatie beseft en waardeert en of de patiënt met
- 40 behulp van deze informatie logisch kan redeneren en kan overwegen waarom hulp bij levensbeëindiging de enige mogelijkheid is om het eigen ondraaglijk lijden te stoppen. Wanneer een patiënt één van deze vermogens mist of onvoldoende beheerst, kan dit tot de conclusie leiden dat sprake is van wilsonbekwaamheid inzake het verzoek tot levensbeëindiging. Naast de beoordeling van deze cognitieve vermogens wordt bij de
- 45 zogenoemde “meervoudige benadering” van de beoordeling van de wilsbekwaamheid onderzocht of de patiënt passende emoties toont, of het verzoek niet wordt ingegeven door de waarden die direct voortkomen uit de aandoening, of het verzoek emotioneel doorleefd is en of het verzoek gepresenteerd wordt in de context van waarden die in het leven van de patiënt van belang zijn. Wanneer er sprake blijkt van een tijdelijke wilsonbekwaamheid
- 50 inzake het verzoek door de psychische aandoening dient de second opinion op een ander moment verricht te worden.

Het verrichten van de second opinion

De aanvraag van een second opinion start met een overleg tussen de arts en de (beoogd) onafhankelijk psychiater. De onafhankelijk psychiater wordt ingelicht over achtergronden van patiënt (diagnostiek, behandelingen, context), de visie van de arts op de eerste vier zorgvuldigheidscriteria en het feit dat de second opinion zal geschieden in de context van een verzoek om hulp bij levensbeëindiging. De onafhankelijk psychiater wordt ingelicht dat het geen SCEN-consult betreft maar dat het verslag van de second opinion in de consultatiefase wel ter beschikking wordt gesteld aan de SCEN-arts. De drie aspecten van de second opinion (diagnostiek, resterende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden en wilsbekwaamheid) worden expliciet besproken. Wanneer specifiek de overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen beoordeeld gaan worden moet dit bij voorkeur in het vooroverleg expliciet aan de orde komen. Voor de beoordeling van de overdracht en tegenoverdrachtsfenomenen is een (telefonisch) onderhoud met de aanvragend arts noodzakelijk.

De aanvragend arts is er verantwoordelijk voor om een overzicht te verstrekken aan de onafhankelijk psychiater van alle psychiatrische diagnostiek die in de voorgeschiedenis heeft plaatsgevonden als ook van alle behandelingen met de resultaten. De onafhankelijk psychiater die de second opinion verricht, dient de patiënt zelf te zien en te onderzoeken en spreekt - als de patiënt daarmee akkoord gaat - bij voorkeur ook de naasten. Het kan zijn dat de patiënt contact met de naasten of familie afwijst (zie module 4.3; [Bespreken van het verzoek met familie/naasten](#) (NVvP, 2018a)).

Het is belangrijk voldoende tijd voor de second opinion in te plannen. Vaak zijn hiervoor twee of drie gesprekken nodig, met enige tijd ertussen. Hierdoor is er ruimte voor zowel de onafhankelijk psychiater als de patiënt om te reflecteren op de gesprekken.

Multidisciplinair Overleg

Na afronding van de gesprekken met patiënt, en eventueel diens naasten, bespreekt de onafhankelijk psychiater de bevindingen van het onderzoek in een multidisciplinair overleg (MDO) opdat de verschillende perspectieven in de beoordeling van diagnostiek, de brede samenhang tussen de verschillende aandoeningen en resterende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden meegenomen zijn in de afwegingen. De onafhankelijk psychiater is verantwoordelijk om een multidisciplinair overleg te organiseren en samen te stellen. De samenstelling van het multidisciplinair overleg is afhankelijk van de aandoening(en) van de patiënt, eerdere behandelingen en de aard van de (eerdere) behandelaars. Het is dus van belang om bij het multidisciplinair overleg zoveel mogelijk relevante invalshoeken en perspectieven te betrekken. Wanneer de beoogd uitvoerend arts geen psychiater is wordt geadviseerd dat er naast de onafhankelijk psychiater nog een psychiater in het MDO participeert, zodat er tenminste twee psychiaters hebben meegedacht tijdens het euthanasietraject. Overigens dient bij het bepalen van de deelnemers van het MDO de expertise en niet de discipline richtinggevend te zijn. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de volgende expertisegebieden: medisch psychiatrisch, ervaringsdeskundig, systemisch, psychotherapeutisch, verpleegkundig, zingeving, mogelijkheden buiten de GGZ. Bij jongere of oudere patiënten dient gedacht te worden aan experts met specifieke kennis van de relevante leeftijd- en ontwikkelingsaspecten. Het multidisciplinair overleg is raadgevend en niet besluitvormend. De onafhankelijk psychiater is verantwoordelijk voor de conclusie van de second opinion.

Bij voorkeur wordt deze conclusie en uitslag van de second opinion door de onafhankelijk psychiater besproken met de aanvragend arts en met de patiënt en indien gewenst diens naasten. Deze gesprekken kunnen gescheiden plaatsvinden.

5 *Verslaglegging second opinion*

De onafhankelijk psychiater die de second opinion heeft verricht maakt een beredeneerd verslag, dat ter beschikking gesteld wordt aan de aanvragend arts en aan de patiënt. Als de aanvragend arts besluit over te gaan tot de consultatiefase, wordt dit verslag door de aanvragend arts beschikbaar gesteld aan de SCEN-arts. Wanneer de hulp bij levensbeëindiging wordt uitgevoerd wordt het verslag van de second opinion, zoals ook het verslag van het SCEN consult, beschikbaar gesteld aan de gemeentelijk lijkschouwer en vervolgens de RTE.

In het verslag komen de volgende aspecten aan de orde:

- 15
 - de persoonsgegevens van de onafhankelijk psychiater;
 - de onderlinge relatie tussen de arts, patiënt en de onafhankelijk psychiater;
 - een samenvatting van het overleg tussen aanvragend arts en de onafhankelijk psychiater;
 - een overzicht van de bestudeerde documentatie over de diagnostiek en behandeling van de patiënt;
- 20
 - een verslaglegging van anamnese, beloop euthanasieverzoek, hetero-anamnese, aanvullingen op bestaande biografie, psychiatrische voorgeschiedenis (inclusief diverse behandelingen en de positieve en negatieve resultaten ervan), somatische voorgeschiedenis, familieanamnese, intoxicaties, het psychiatrisch onderzoek van de patiënt waaronder bij jongeren een inschatting van (sociaal-emotionele) leeftijd.
- 25
 - Diagnostische overwegingen, inclusief een oordeel over de reeds gestelde psychische diagnose(-n). Indien er een evaluatie heeft plaatsgevonden van de overdracht/tegenoverdracht tussen patiënt en aanvragend arts en invloed ervan op de besluitvorming rondom het verzoek tot hulp bij levensbeëindiging wordt dit in het verslag vermeldt.
- 30
 - Resterende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden die het ondraaglijk lijden kunnen verlichten voor deze specifieke patiënt, met een oordeel over de redelijkheid ervan.
 - Wilsbekwaamheid van de patiënt inzake het verzoek, met argumentatie (uitwerking via bijvoorbeeld de criteria van Appelbaum en Grisso en in een meervoudige benadering).
- 35
 - Een verslag van het multidisciplinair overleg, met daarin beschreven welke expertises aanwezig waren en welk advies er is gegeven.
 - Een eindconclusie met daarin een samenvatting van de bovengenoemde aspecten en van het gesprek met de patiënt en eventueel diens naasten over de eindconclusie, met daarin opgenomen: datum, aanwezigen en de reactie van de patiënt en naasten op de eindconclusie van de second opinion.
- 40

Verskil van visie tussen aanvragend arts en onafhankelijk psychiater

45 Bij een verschil van oordeel tussen de aanvragend arts en de onafhankelijk psychiater die de second opinion heeft verricht, heroverweegt de aanvragend arts de voortgang van het traject van levensbeëindiging op verzoek. Het is in dat geval raadzaam dat de arts zorgvuldig reflecteert op de uitkomst van de second opinion.

- Bij een verschil van visie op de diagnostiek kan een andere onafhankelijk psychiater ingeschakeld worden. Bij het aanvragen van een second opinion bij een andere onafhankelijk psychiater dient het verslag van een eerdere second opinion meegestuurd te worden.
- 5 - Van het advies betreffende redelijke resterende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden door de onafhankelijk psychiater kan bij uitzondering afgeweken worden indien de aanvragend arts in overleg met patiënt dit kan motiveren en beargumenteren. Adviezen voor behandeling of ondersteuning van de onafhankelijk psychiater in de second opinion kunnen door de aanvragend arts in
- 10 overleg met patiënt alleen gemotiveerd *niet* worden overgenomen. Bij uitzondering kan van het advies worden afgeweken, waarbij de aanvragend arts met patiënt dit goed kan motiveren en beargumenteren. Bij deze argumentatie dient aan de orde te komen wat de reden is dat het advies niet als redelijk alternatief gezien wordt om het ondraaglijk lijden te verminderen of te stoppen.
- 15 - Bij een verschil in visie op de wilsbekwaamheid inzake het verzoek van levensbeëindiging ligt het voor de hand dat een andere onafhankelijk psychiater of gespecialiseerd arts ingeschakeld wordt om de wilsbekwaamheid inzake het verzoek te beoordelen. Dit ligt ook voor de hand wanneer er een wezenlijk verschil van
- 20 oordeel is over de invloed van de overdracht-tegenoverdrachtsrelatie op het besluit. Dit mede gelet op de vereiste extra behoedzaamheid die geldt voor het verlenen van euthanasie aan patiënten met een psychische aandoening.

Het is uiteraard niet de bedoeling dat de arts na een afwijkende second opinion net zo lang doorzoekt tot een onafhankelijk psychiater wordt gevonden die eenzelfde visie of oordeel heeft op alle aspecten die in de second opinion beoordeeld moeten worden. Als er

25 meerdere second opinions plaatsvinden overhandigt de uitvoerend arts deze allemaal aan de SCEN-arts en de gemeentelijk lijkschouwer, zodat deze ook meegenomen kunnen worden in de toetsing.

Waarden en voorkeuren van patiënten en naasten

- 30 De beoordelingsfase is een belangrijke en spannende fase voor patiënt en naaste(n). Ze moeten hun verhaal opnieuw doen bij onbekende gezichten en balanceren tussen hoop en vrees bij het mogelijke naderende levenseinde.

Voor patiënten en naasten is het belangrijk dat er voldoende tijd genomen wordt om tot een zorgvuldige afweging te komen, maar het is ook van belang om te waken voor onnodige

35 vertraging of andere aspecten die het lijden juist kunnen vergroten. Rekening houden met de draagkracht van de patiënt is daarom van belang en soms passen meerdere wat kortere gesprekken beter. Meerdere gesprekken hoeven niet nadelig te zijn, een enkel gesprek kan juist voor grote druk zorgen bij de patiënt. Zorg dus voor voldoende tijd om de second opinion te verrichten, zodat de patiënt en eventuele naasten ruimte ervaren om het verhaal

40 te doen. Overweeg ook om de patiënt zonder diens naasten te zien.

Een van de aspecten van de second opinion is de beoordeling van redelijke resterende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden om het ondraaglijk lijden te verminderen. Vanuit patiënt-perspectief is het belangrijk om ook buiten de reguliere medisch

45 psychiatrische kaders te kijken naar verklaringen van het ondraaglijk lijden en mogelijk oplossingen. Juist wanneer er geen behandelopties meer zijn is er behoefte aan hulp voor verdere ondersteuning in het leven en het omgaan met de problematiek in brede zin die ontstaan is vanuit de psychische problemen. Voor sommigen is er echt geen wens meer om

te leren omgaan met de problematiek maar is er enkel een doodswens. Het is belangrijk dat een patiënt ook hierin gezien en gehoord wordt. In de behandelingen die hebben plaatsgevonden binnen de GGZ kunnen aspecten aanwezig zijn die het voor de patiënt nog lastiger hebben gemaakt en het lijden hebben vergroot zoals stigma, hospitalisatie, trauma, 5 bijwerkingen van psychofarmaca of ECT, onvoldoende continuïteit in de behandelrelatie. Het is zinvol om hier in de second opinion aandacht aan te besteden en mee te nemen in de beoordeling van de uitzichtloosheid van het ondraaglijk lijden.

10 Het spreken van de naaste(n) levert vaak waardevolle informatie op ten aanzien van de diagnostiek en de persisterende doodswens. Het is daarbij goed te realiseren dat de naaste(n) vaak in een spagaat zitten en ambivalente gevoelens hebben. De confrontatie voor hen met het ondraaglijk lijden van de patiënt dat vaak lang bestaat is moeilijk. Ze willen dat het ondraaglijk lijden van de patiënt stopt maar willen de patiënt ook niet verliezen, tegelijk is er hoop dat het nog anders kan lopen. Het kan zijn dat een patiënt geen familie wil betrekken, bijvoorbeeld als er sprake is van seksueel misbruik, of fysieke of psychologische 15 verwaarlozing. Bepaal in overleg met de patiënt wie hij/zij als naaste ziet, zodat dit niet voor hem/haar wordt ingevuld. Heb ook aandacht voor de dynamiek tussen de patiënt en diens naasten. Gesprekshulpmiddelen voor gesprekken met patiënten en naasten kunnen een zinvolle aanvulling zijn.

Kwaliteit van bewijs

20 De kwaliteit van het bewijs kon niet worden vastgesteld. Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse met PICO en GRADE beoordeling verricht, omdat het karakter van deze vraag zich niet goed leent voor beantwoording door middel van een systematische review van origineel wetenschappelijk onderzoek.

25 Kostenaspecten

Het uitvoeren van een second opinion is standaardzorg. Echter door de beschreven toepassingen waaronder het MDO kunnen kosten van second opinion hoger zijn dan dat deze momenteel zijn.

30 Gezondheidsgelijkheid

Het uitvoeren van een second opinion leidt niet tot verandering van gezondheidsgelijkheid. Dit is standaardzorg waarvan geborgd is dat iedereen gelijke toegang hiertoe heeft en behoudt. De mate van toegankelijkheid en zorgvuldigheid dienen in balans te zijn; gegeven de complexiteit en plicht tot behoedzaamheid in de beoordeling van verzoeken tot hulp bij 35 levensbeëindiging op psychische grondslag dient gehoor gegeven te worden aan een uitgebreidere beoordeling (uitgebreide second opinion door onafhankelijk psychiater) dan bij een euthanasieverzoek op somatische grondslag.

Aanvaardbaarheid

40

Ethische aanvaardbaarheid

Gezien de aard van het onderwerp zijn ethische overwegingen integraal meegenomen bij het opstellen van de overwegingen.

45 *Duurzaamheid*

Bij het uitvoeren van een second opinion spelen geen duurzaamheidsaspecten een rol. Dit is standaardzorg die slechts zeer beperkte extra inzet van middelen of mensen vereist.

Haalbaarheid

De haalbaarheid van het uitvoeren van een second opinion hangt af van beschikbaarheid van onafhankelijk psychiaters die de second opinion kunnen verrichten. Derhalve is borging binnen de reguliere bestaande structuren binnen instellingen noodzakelijk. Het lijkt haalbaar aangezien er ten tijde van dit schrijven een toename lijkt te bestaan in bereidheid om de second opinion te verrichten.

5

Echter het instellen van een MDO kan door de professionals gezien worden als extra drempel om de second opinion te verrichten. Zowel binnen de GGZ als bij de vrijgevestigd psychiaters worden mogelijkheden gezien om een MDO in te richten. De GGZ instellingen en UMC's hebben zelf een belangrijke rol bij de implementatie van de second opinion en kunnen hierbij ondersteund te worden door landelijke organisaties als ThaNet en de Nederlandse GGZ.

10

Kennisvragen

Tijdens de ontwikkeling van de module Second opinion door onafhankelijke psychiater is gebleken dat er binnen deze module geen kennisvragen zijn.

Literatuur

Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988 Dec 22;319(25):1635-8. doi: 10.1056/NEJM198812223192504. Erratum in: N Engl J Med 1989 Mar 16;320(11):748. PMID: 3200278.

- 5 NVvP, 2015. Richtlijn Psychiatrische diagnostiek. Beoordeeld in 2015. Op 6 juni 2025 geraadpleegd via:
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrische_diagnostiek/psychiatrische_diagnostiek_-_startpagina.html

- 10 NVvP, 2018a. Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Module Bespreken van het verzoek met familie/naasten. Geautoriseerd op 01-09-2018. Op 6 juni 2025 geraadpleegd via:
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/beoordelingsfase_bij_levensbeëindiging/bespreken_van_het_verzoek_met_familie_naasten.html

- 15 NVvP, 2018b. Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Module Specifieke patiëntengroepen levensbeëindiging. Geautoriseerd op 01-09-2018. Op 13 juni 2025 geraadpleegd via:
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/specifieke_patiëntengroepen_levensbeëindiging.html

- 20 NVvP, 2018c. Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Module Vrijwillig en weloverwogen verzoek. Geautoriseerd op 01-09-2018. Op 6 juni 2025 geraadpleegd via:
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/beoordelingsfase_bij_levensbeëindiging/vrijwillig_en_weloverwogen_verzoek.html

- 25 NVvP, 2025. Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Module Beoordeling door onafhankelijk consulent. Geautoriseerd op 2025 (onderdeel huidige herzieningsronde, wordt aangepast zodra bekend). Op 6 juni 2025 geraadpleegd via:
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/consultatiefase_bij_levensbeëindiging/beoordeling_door_onafhankelijk_consulent.html

- 30 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. EuthanasieCode 2022. Op 6 juni 2025 geraadpleegd via: <https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2022>.

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Op 6 juni 2025 geraadpleegd via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2020-03-19>.

35

Module 5.1 – Beoordeling door onafhankelijk consulent

Uitgangsvraag

- 5 Wat is de rol van de onafhankelijk consulent bij het beoordelen van een verzoek om levensbeëindiging van patiënten met lijden dat het gevolg is van een psychische aandoening en welke arts behoort deze rol te vervullen?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen:

- 10 Welke vragen dient de onafhankelijk consulent (hierna SCEN-arts) te beantwoorden?
Wat te doen bij verschillen van inzicht tussen de aanvragend arts en SCEN-arts?

Aanbevelingen

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

- 15 Het cluster beveelt aan om een regulier SCEN-consult uit te voeren mits is voldaan aan een second opinion conform zoals beschreven in module 4.1 “Second opinion door onafhankelijk psychiater” (NVvP, 2025). Hier verwijzen we dan ook zo veel mogelijk naar de KNMG-richtlijn voor SCEN-artsen: ‘Steun en consultatie bij euthanasie’ (KNMG, 2023), aangezien hierin de algemeen geldende kaders in detail zijn omschreven. Deze module dient dan ook voornamelijk als richtlijn voor de artsen en psychiaters die een SCEN-consult aanvragen bij
20 een euthanasieverzoek op grond van een psychische aandoening. Deze hangt sterk samen met de module “Second opinion door onafhankelijk psychiater” (NVvP, 2025), waarnaar verwezen wordt. Beide modules zijn tot stand gekomen door expert opinion van de commissie, waarbij kennis is genomen van relevante richtlijnen en literatuur.

Alle aanvragend artsen consulteren een reguliere SCEN-arts. Dit alleen nadat er een second opinion heeft plaatsgevonden door een onafhankelijk psychiater conform module “Second opinion door onafhankelijk psychiater” (NVvP, 2025).

Informeer de patiënt (en eventueel diens naasten) over het doel van de consultatie en over de verhouding tussen het oordeel van de SCEN-arts en uw eigen besluit.

Informeer de SCEN-arts over de in de beoordelingsfase uitgevoerde second opinion door een onafhankelijk psychiater.

Heroverweeg bij fundamenteel verschil van mening met de SCEN-arts of tot inwilliging van het verzoek van de patiënt kan worden overgegaan en schakel bij twijfel een andere SCEN-arts in.

25

Achtergrond

- 30 De [Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding \(WtI\)](#) schrijft voor dat de uitvoerend arts alvorens tot inwilliging van een verzoek tot levensbeëindiging over te gaan tenminste één onafhankelijk arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk een oordeel heeft gegeven over de eerste vier zorgvuldigheidseisen. De professionele norm is dat de consultatie wordt gedaan door een SCEN-arts. Een SCEN-arts is een onafhankelijke en deskundige arts die voor dit doel door de KNMG is opgeleid. Indien er sprake is van een verzoek om levensbeëindiging op basis van een psychische
35 aandoening, is er tevens een second opinion noodzakelijk die uitgevoerd wordt door een onafhankelijke psychiater (zie de module ‘[Second opinion door een onafhankelijke deskundige psychiater](#)’ (NVvP, 2025)).

In deze module wordt de consultatie door een SCEN-arts toegelicht zodat voor de aanvragend arts duidelijk is wat de plek van het SCEN-consult is als er sprake is van een euthanasieverzoek op grond van een psychische aandoening. Dit is geen richtlijn voor het SCEN-consult zelf, hiervoor verwijzen we naar de KNMG-richtlijn voor SCEN-artsen: 'Steun en consultatie bij euthanasie' (KNMG, 2023).

Search and select

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse met PICO en GRADE beoordeling verricht, omdat het karakter van deze vraag zich niet goed leent voor beantwoording door middel van een systematische review van origineel wetenschappelijk onderzoek.

Methode

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de commissie (zie literatuurlijst). In het bijzonder is kennisgenomen van de KNMG-richtlijn Steun en Consultatie bij euthanasie (KNMG, 2023). Deze module geldt als aanvulling op de KNMG-richtlijn.

Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

Raadplegen van een SCEN-arts

De arts behoort alleen een consultatie aan te vragen indien hij/zij in de voorafgaande beoordelingsfase zelf al tot de overtuiging is gekomen dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Voordat de stap naar een consultatie wordt gezet, is het derhalve van groot belang dat de aanvragend arts in de eerdere beoordelingsfase zijn positie ten aanzien van het euthanasieverzoek van de patiënt heeft bepaald. De aanvragend arts moet ervan overtuigd zijn dat er een vrijwillig en weloverwogen verzoek is en er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Dit betekent onder meer dat alle behandel- en ondersteuningsmogelijkheden helder in beeld zijn gebracht, mede op basis van de verplichte second opinion door een onafhankelijk psychiater, en van oordeel is dat er geen reële behandelopties en/of opties om het lijden te verlichten meer zijn. Zolang de aanvragend arts daarover nog twijfelt, is het nog geen tijd voor de consultatie en is het zaak om in dat stadium te overleggen met professionals binnen de eigen werkomgeving en/of met de psychiater die de second opinion uitvoert (zie de module 'Second opinion door een onafhankelijke psychiater'). De SCEN-arts kan in deze fase wel steun bieden of adviseren aan de aanvragend arts. Vaak is het dan wel nodig dat een andere SCEN-arts de consultatie uitvoert (zie KNMG-richtlijn voor SCEN-artsen: 'Steun en consultatie bij euthanasie' (KNMG, 2023)).

Het aanvragen van een consultatie start door te bellen met een SCEN-telefoonnummer in de regio, deze zijn beschikbaar via de [KNMG website over SCEN](#). De telefonist van de telefooncentrale benadert de dienstdoende SCEN-arts. Hierna zal een mondeling overleg volgen tussen de arts en de SCEN-arts. De SCEN-arts exploreert bij de aanvragend arts of deze bereid is de euthanasie zelf uit te voeren, of deze van oordeel is dat aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen is voldaan en of de aanvragend arts de second opinion conform module 'Second opinion door een onafhankelijke deskundige psychiater' van deze richtlijn heeft gevolgd (NVvP, 2025).

De aanvragend arts dient de SCEN-arts te voorzien van alle relevante informatie uit het medisch dossier in het bijzonder alle eerdere psychiatrische correspondentie (met betrekking tot psychiatrische voorgeschiedenis, diagnostiek en behandelingen),

inclusief het verslag van de second opinion die eerder heeft plaatsgevonden en een eventueel eerder uitgevoerd SCEN-consult.

Deskundigheid en onafhankelijkheid van de consulent

5 De SCEN-arts die de consultatie verricht dient onafhankelijk te zijn. Daarbij gaat het om onafhankelijkheid ten opzichte van zowel de aanvragend arts als de patiënt. De vereiste onafhankelijkheid houdt in dat de SCEN-arts:

- geen familielid van de arts, de patiënt of naasten is;
- geen persoonlijke relatie heeft met de arts, de patiënt of naasten;
- 10 • geen organisatorische relatie heeft met de arts, dus geen lid is van het team, de groepspraktijk of de maatschap, en ook niet in een hiërarchische of financiële verhouding staat tot de arts;
- geen professionele relatie heeft of heeft gehad met de patiënt of naasten.

15 Er kan sprake zijn van niet-onafhankelijkheid als de SCEN-arts in het voortraject steun heeft verleend die verder gaat dan het geven van algemeen advies en informatie. De vereiste onafhankelijkheid kan ook in het geding komen bij veelvuldige samenwerking tussen aanvragend arts en SCEN-arts. De SCEN-arts bepaalt zelf vooraf of hij/zij voldoende onafhankelijk is om de gevraagde consultatie op verzoek van deze arts en bij deze patiënt uit te voeren. Als de SCEN-arts tot de conclusie komt geen voldoende onafhankelijk oordeel te kunnen geven, dan zal de consultatie worden overgedragen aan een andere SCEN-arts

20 binnen de eigen SCEN-groep.

Vraagstelling consultatie

Indien er sprake is van een euthanasieverzoek op grond van een psychische aandoening, beoordeelt de SCEN-arts:

- 25 1) De zorgvuldigheidseisen a t/m d van de *WtI*. Dat betekent dat de aanvragend arts tot de overtuiging moet zijn gekomen dat
- a. er een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt zelf is
 - b. er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden
 - c. de patiënt is voorgelicht over diens situatie en vooruitzichten
 - 30 d. er geen redelijke andere oplossingen zijn.
- 2) In het kader van de vereiste extra behoedzaamheid, moet de SCEN-arts tevens nagaan of een second opinion door een onafhankelijk psychiater heeft plaatsgevonden en de hierbij gestelde vragen (ten aanzien van beoordeling diagnose(n), de resterende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden en wilsbekwaamheid) op adequate wijze zijn beantwoord (zie
- 35 de KNMG-richtlijn voor SCEN-artsen: 'Steun en consultatie bij euthanasie' (KNMG, 2023) en de module 'Second opinion door een onafhankelijke psychiater'(NVvP, 2025)).

Het verrichten van de consultatie

40 Het is aan de aanvragend arts om de SCEN-arts te voorzien van alle relevante informatie uit het medisch dossier in het bijzonder alle eerdere psychiatrische correspondentie (met betrekking tot psychiatrische voorgeschiedenis, diagnostiek en behandelingen), inclusief het verslag van de second opinion die eerder heeft plaatsgevonden.

Hierbij moeten regels voor het delen van medische informatie in acht genomen te worden (zie KNMG-richtlijn [Omgaan met medische gegevens](#) (KNMG, 2024)).

45 De SCEN-arts geeft aan welke eventuele aanvullende informatie nodig is en beoordeelt of alle relevante informatie is aangeleverd.

De SCEN-arts neemt contact op met de patiënt voor het afleggen van een huisbezoek. De SCEN-arts ziet en spreekt de patiënt, in ieder geval een deel van het gesprek, zonder andere aanwezigen om de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek te kunnen vaststellen. De SCEN-arts toetst de wettelijke zorgvuldigheidseisen a t/m d van de euthanasiewet en beoordeelt of de arts zich hieraan gehouden heeft. Tevens wordt nagegaan of een second opinion door een onafhankelijk psychiater heeft plaatsgevonden en de hierbij gestelde vragen op adequate wijze zijn beantwoord.

10 **Voorlichting aan patiënt**

De aanvragend arts informeert de patiënt en (indien gewenst met toestemming van de patiënt) diens naasten voorafgaand aan de consultatie over het doel ervan en over de verhouding tussen het oordeel van de SCEN-arts en het besluit van de aanvragend arts (zijnde een advies van de SCEN-arts aan de aanvragend arts), waarvan eventueel – gemotiveerd – kan worden afgeweken.

De aanvragend arts maakt duidelijk dat de SCEN-arts tijdens het bezoek geen (voorlopig) oordeel zal uitspreken aan de patiënt en naasten. De SCEN-arts rapporteert aan de aanvragend arts en deze dient het oordeel van de SCEN-arts zo snel mogelijk met de patiënt en (indien gewenst met toestemming van de patiënt) diens naasten te bespreken.

Verslaglegging consultatie

De SCEN-arts geeft in een helder en volledig beargumenteerd oordeel aan of naar zijn mening wordt voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. Het eindoordeel wordt per zorgvuldigheidseis onderbouwd en volgt logisch uit de eerdere beschrijvingen en overwegingen.

De aanvragend arts is verantwoordelijk voor de kwaliteit en consistentie van dit consultatieverslag en geeft de SCEN-arts zo nodig feedback over onvolledigheid of onjuistheid van diens rapportage.

Verschil van oordeel tussen aanvragend arts en onafhankelijk consulent

De SCEN-arts is niet degene die uiteindelijk beslist of de euthanasie al dan niet kan worden verleend. Het doel van de consultatie is niet een gemeenschappelijke besluitvorming, maar een beoordeling of de aanvragend arts aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Bij fundamenteel verschil van mening met de SCEN-arts of tot inwilliging van het verzoek van de patiënt kan worden overgegaan, kan de aanvragend arts besluiten een 2^e SCEN-arts in te schakelen. Hierbij zal hij/zij het consultatieverslag van de 1^e SCEN-arts moeten overhandigen aan de 2^e SCEN-arts.

De aanvragend arts is uiteindelijk zelf degene die na consultatie beslist of hij/zij de gevraagde hulp bij levensbeëindiging zal verlenen. De aanvragend arts mag afwijken van een negatief oordeel, maar moet afdoende kunnen onderbouwen waarom wordt afgeweken. De SCEN-consultatie is immers juist bedoeld voor de aanvragend arts om te reflecteren op het eigen oordeel. Het afwijken van een oordeel van de SCEN-arts kan bij de RTE leiden tot het stellen van aanvullende vragen.

Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van het bewijs kon niet worden vastgesteld.

5

Waarden en voorkeuren van patiënten en naasten

De consultatiefase bij een verzoek tot hulp bij levensbeëindiging is een intense fase voor de patiënt. Hij/zij moet het verhaal opnieuw doen bij een ander gezicht en balanceert tussen hoop en vrees bij het naderende levenseinde. Houd altijd rekening met de draagkracht van de patiënt.

10

Het is voor de patiënt en naasten belangrijk dat de aanvragend arts goede uitleg geeft over het SCEN-consult. Deze maakt in die uitleg duidelijk dat de SCEN-arts tijdens het bezoek geen (voorlopig) oordeel zal uitspreken aan de patiënt of naasten. Voor patiënten is een speciale [brochure](#) ontwikkeld die uitleg geeft over het bezoek van de SCEN-arts.

15

Kostenaspecten

Het uitvoeren van een beoordeling door een onafhankelijk consulent is standaardzorg, waardoor de kosten gelijk blijven.

20

Gezondheidsgelijkheid

Het uitvoeren van een beoordeling door een onafhankelijk consulent leidt tot geen verandering van gezondheidsgelijkheid. Dit is standaardzorg waarvan geborgd is dat iedereen gelijke toegang hiertoe heeft en behoudt.

25

Aanvaardbaarheid

Ethische aanvaardbaarheid

Gezien de aard van het onderwerp zijn ethische overwegingen integraal meegenomen bij het opstellen van de overwegingen.

30

Duurzaamheid

Bij het uitvoeren van een beoordeling door een onafhankelijk consulent spelen geen duurzaamheidsaspecten een rol. Dit is standaardzorg die geen extra inzet van middelen of mensen vereist.

35

Haalbaarheid

De haalbaarheid van het uitvoeren van een beoordeling door een onafhankelijk consulent hangt af van de beschikbaarheid van SCEN-artsen. Dit lijkt vooralsnog haalbaar, aangezien het SCEN-programma goed is georganiseerd en over het algemeen al standaardzorg is in de praktijk.

40

Kennisvragen

Tijdens de ontwikkeling van de module Beoordeling door onafhankelijk consulent is gebleken dat er binnen deze module geen kennisvragen zijn.

Literatuur

KNMG. 2023. KNMG-richtlijn voor SCEN-artsen: 'Steun en consultatie bij euthanasie'. Geraadpleegd via <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/scen/voor-scen-artsen/scen-publicaties> op 9 mei 2025.

KNMG 2024. KNMG- richtlijn Omgaan met medische gegevens. Geraadpleegd via <https://www.knmg.nl/actueel/publicaties/publicaties-per-onderwerp/omgaan-met-medische-gegevens> op 9 mei 2025.

KNMG. Modelverslag SCEN-artsen. Geraadpleegd via <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/scen/voor-scen-artsen> op 9 mei 2025

KNMG. Brochure voor patiënten. Geraadpleegd via <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/scen/voor-patiënten> op 9 mei 2025

NVvP, 2025. Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Module Second opinion door onafhankelijk psychiater. Geautoriseerd op 2025 (**onderdeel huidige herzieningsronde, wordt aangepast zodra bekend**). Te raadplegen via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/beoordelingsfase_bij_levensbeëindiging/second_opinion_door_onafhankelijke_psychiater.html

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. EuthanasieCode 2022. Op 6 juni 2025 geraadpleegd via: <https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasiecode-2022>.

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding 2020. Op 6 juni 2025 geraadpleegd via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2020-03-19>.

ZonMw. Vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZonMw. 2023 via www.zonmw.nl.