



Illustratie: Anna June

Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met psychisch lijden

Leida Zwart-Reijnders, Maarten Besjes

Wanneer huisartsen te maken krijgen met een verzoek tot levensbeëindiging bij patiënten met psychisch lijden kan dit zeer ingrijpend zijn. Deze nascholing beoogt meer inzicht te geven in hoe te handelen bij een dergelijk verzoek, met aandacht voor zowel de wens van de patiënt als de eigen grenzen van de huisarts. We bespreken de 4 fases zoals beschreven in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) om deze complexe casuïstiek beheersbaar te maken. Daarnaast behandelen we kort de complexe relatie tussen suïcide en levensbeëindiging bij psychisch lijden.

Zowel het aantal verzoeken als het aantal uitvoeringen van levensbeëindiging bij patiënten met psychisch lijden neemt toe.¹⁻⁴ Bij Expertisecentrum Euthanasie (EE) steeg het aantal verzoeken van 320 in 1995 tot 868 in 2021.⁴ In 2022 waren er in Nederland 115 ingewilligde verzoeken, waarvan 65 door het EE.^{5,6} De maatschappelijke acceptatie neemt de laatste jaren ook toe.⁷ Bij een vragenlijstonderzoek onder 1097 burgers in het kader van de vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) vond 55% van de respondenten

Zwart-Reijnders, L. Besjes, M.J. Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met psychisch lijden. Huisarts Wet 2024;67. DOI: 10.1007/s12445-024-2760-y.
Huisartsenpraktijk: Zutphen: drs. L. Zwart-Reijnders, huisarts/kaderhuisarts GGZ, lzwart@praktijkdehoven.nl.
GGNet: M.J. Besjes, psychiater.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

DE KERN

- Voor patiënten met langdurig psychisch lijden is het belangrijk dat huisartsen het gesprek over het levenseinde aangaan. Zo nodig op initiatief van de huisarts, net zoals bij somatisch lijden.
- Levensbeëindiging op verzoek bij psychisch lijden neemt toe. Het Netwerk Persisterende Doodswens en Euthanasieverzoek op Psychische grondslag [ThaNet] is opgericht om de zorg voor mensen

met een euthanasieverzoek of persisterende doodswens te verbeteren.

- Het doorlopen van de fases zoals beschreven in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [NVvP] in samenwerking met het NHG en het inschakelen van hulp van een consultant van het Expertisecentrum Euthanasie [EE] kan ondersteunend zijn.

dat patiënten met ernstige psychische aandoeningen in aanmerking moeten kunnen komen voor levensbeëindiging op verzoek.⁵ De bereidheid van psychiaters en het aantal uitvoeringen door psychiaters lijkt daarentegen af te nemen.^{6,8,9,10} De wachttijd bij EE is opgelopen tot tweeënhalf jaar voor patiënten met psychiatrische problematiek.¹¹ In de politiek en de media is veel aandacht voor dit probleem.¹²⁻¹⁴ Dit jaar vroeg minister Kuipers psychiaters om minder terughoudend te zijn bij een verzoek tot levensbeëindiging bij psychisch lijden en is er een landelijk netwerk opgezet: 'Netwerk Persisterende Doodswens en Euthanasieverzoek op Psychische grondslag' (ThaNet).^{12,13,15} Uit een vragenlijstonderzoek in 2018-2019 blijkt dat bijna de helft van alle huisartsen tijdens hun loopbaan te maken krijgt met een verzoek tot levensbeëindiging bij psychisch lijden.¹ De verwachting is dat dit de komende jaren alleen maar zal toenemen.^{1,2,3} Het onderzoek uit 2018 onder 108 huisartsen (vragenlijst) en 20 huisartsen (focusinterview) laat zien dat huisartsen minder bereid zijn de uitvoering op zich te willen nemen in vergelijking met een verzoek bij somatisch lijden en zich met name niet bekwaam genoeg achten om de zorgvuldigheidseisen goed te beoordelen.¹ Juist de inschatting van de uitzichtloosheid, de wilsbekwaamheid en de doodswens als onderdeel van de psychopathologie maken de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen ingewikkeld.¹⁶ Bij psychiaters wordt er, naast de eerdergenoemde afname in de bereidheid, ook onbekendheid met de huidige richtlijn gezien.^{5,8,9} Kwalitatief onderzoek door Besjes et al. in 2021, waarbij met 13 psychiaters diepte-interviews zijn gehouden, toonde dat er bij psychiaters "een gevoel van onbekwaamheid, onbekendheid en onervarenheid rondom het doorlopen van het euthanasie-traject" heerst.⁸ Uit recent kwalitatief onderzoek van Pronk et al. in 2019-2020 bleek dat het voor patiënten belangrijk is

dat artsen, net zoals bij somatisch lijden, ook bij deze casuïstiek (durven) overwegen dat er geen curatieve mogelijkheden meer zijn en zo nodig op eigen initiatief het gesprek hierover aangaan.¹⁷ Bij dit onderzoek werd bij 21 patiënten met een verzoek om levensbeëindiging een diepte-interview afgenomen. De onderzoeker concludeert dat het open kunnen bespreken van de doodswens voor patiënten essentieel is. Het kan leiden tot rust en ruimte, onder meer ook om na te denken over behandelopties of andere mogelijkheden. Het kan zelfs leiden tot het verdwijnen van de wens tot levensbeëindiging.¹⁷ Dit is vanzelfsprekend echter niet het primaire doel van het openlijk bespreken van een doodswens.

RICHTLIJN LEVENSBEEINDIGING OP VERZOEK BIJ PATIËNTEN MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS

De richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is opgebouwd volgens de stappen die patiënt en arts samen doorlopen in een traject van een verzoek om levensbeëindiging.¹⁸ Er rust op individuele artsen noch een morele noch een juridische plicht om hulp bij levensbeëindiging te verlenen aan patiënten met een psychische stoornis die daarom vragen. In het beschrijven van de fases in deze richtlijn zal in deze nascholing 'huisarts' worden geschreven, waar de richtlijn de algemene term 'arts' hanteert. Dit is een bewuste keuze van de auteurs, zonder hiermee de indruk te willen wekken dat de huisarts degene is die dit zou moeten verrichten.

Wanneer huisarts en patiënt besluiten het traject van levensbeëindiging op verzoek bij psychisch lijden te starten, bestaat dit uit vier fases: de verzoekfase, de beoordelingsfase, de consultatiefase en de uitvoeringsfase [figuur].

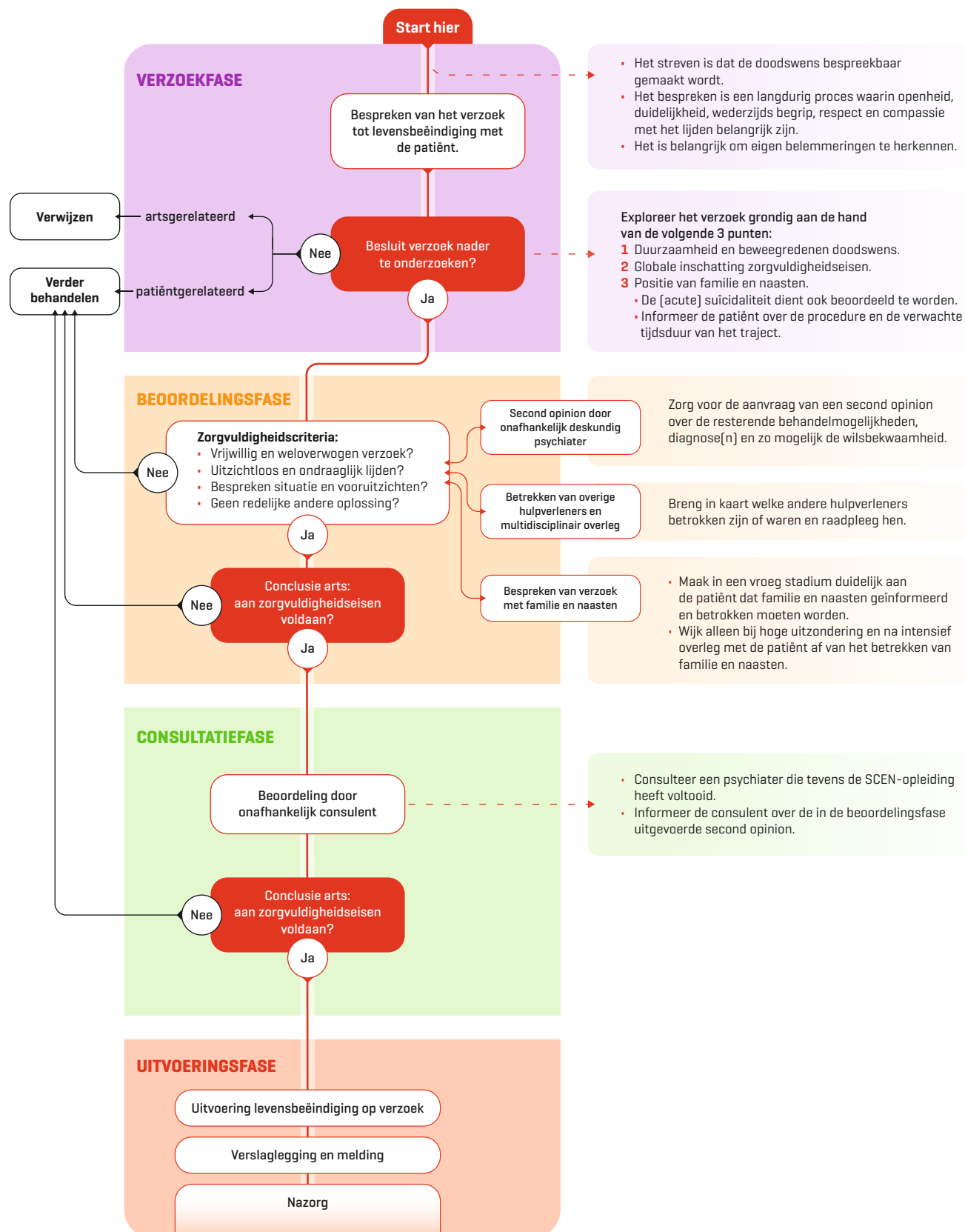
CASUS: CHRONISCHE TRAUMATISERING

Een 36-jarige vrouw komt bij haar huisarts in verband met aanhoudend psychisch lijden. Uit de gesprekken die daarna volgen blijkt dat zij levensbeëindiging op verzoek overweegt. Vroegkindelijke, chronische traumatisering hebben patiënte ernstig beschadigd en meer dan 10 jaar intensieve therapie heeft niet mogen resulteren in een voor haar leefbaar leven. Haar leven thuis wordt gekenmerkt door nachtmerries, hallucinaties, herbelevingen en zelfbeschadigend gedrag. Op haar werk functioneert zij wel goed.

De huisarts twijfelt of zij deze euthanasie zelf zou willen uitvoeren. De gesprekken met een consultant van Expertisecentrum Euthanasie [EE] zijn in eerste instantie dan ook gericht op het bespreken van deze twijfel. Uiteindelijk besluit de huisarts dit niet zelf te willen doen, mede door de jonge leeftijd van haar patiënte, haar goed functioneren op het werk en de hoop dat er in de toekomst wellicht behandelmogelijkheden zullen zijn die wel resulteren in een goede kwaliteit van leven. De huisarts bespreekt dit met patiënte en patiënte meldt zich vervolgens aan bij EE.

Figuur

Een bewerking van het stroomdiagram zoals opgenomen in de bijlages van de richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis.¹⁸



VERZOEKFASE

Tijdens de verzoekfase neemt de huisarts de tijd om het verzoek grondig te exploreren. Huisartsen hebben, door de vaak langdurige behandelrelatie en kennis van de context van de patiënt, bij uitstek de positie en vertrouwensband om een doodswens bespreekbaar te maken en kunnen in deze verzoekfase met patiënt en naasten het verzoek bespreken. De huisarts staat niet alleen in deze fase; een (eerder) betrokken psychiater en de consulenten van het EE kunnen huisartsen hierbij ondersteunen en hier wordt ook toenemend gebruik van gemaakt. De consulenten kunnen ook samen met de huisarts kijken naar redenen om het verzoek niet te willen exploreren.² Belangrijke elementen bij het exploreren van een doodswens zijn de duurzaamheid ervan, beweegredenen die eraan ten grondslag liggen en de positie van familie en naasten. De huisarts kan uiteraard ook besluiten het verzoek niet verder te willen exploreren en de patiënt wijzen op de mogelijkheid zich aan te melden bij het EE.

BEOORDELINGSFASE

Tijdens de tweede fase, de beoordelingsfase, zal de huisarts een inschatting maken of er aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De vraag is of er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden en of er sprake is van het ontbreken van een redelijke andere oplossing. Dat laatste houdt in dat de huisarts met de patiënt een weging maakt tussen de belasting van een behandeling, de kans op de te verwachten verbetering en de termijn waarop de behandeling effect kan hebben. Het goed informeren van de patiënt over diens situatie en vooruitzichten is zodoende ook een voorwaarde. Bij deze fase kan de huisarts eveneens gebruik maken van een (eerder) betrokken psychiater en de consulenten van EE. Tevens is het noodzakelijk een externe deskundige in te schakelen.¹⁸ De richtlijn van de NVvP stelt dat er een beoordeling nodig is van een onafhankelijk psychiater met specifieke deskundigheid op het gebied van de stoornis, bij voorkeur uit een topreferent centrum of academisch ziekenhuis.¹⁸ Deze second opinion is niet wettelijk verplicht, maar staat wel in de eerder genoemde richtlijn en de Euthanasiecode van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) om vroeg in het traject vast te stellen of alle redelijke behandelopties doorlopen zijn.¹⁹ Ook zal er in deze fase gekeken worden of de patiënt wilsbekwaam is inzake het verzoek.¹⁸ Hierbij is het helaas zo dat er een tekort is aan psychiaters die deze second opinions kunnen uitvoeren. Het recent opgerichte ThaNet zal zich onder meer inzetten om meer psychiaters second opinions uit te laten voeren in het kader van een euthanasietraject.¹⁵

CONSULTATIEFASE

De consultatiefase behelst voor huisartsen het betrekken van een SCEN-arts. Deze zal toetsen of er aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Het is van belang dat de (huis)arts, mede op basis van de eerdergenoemde second opinion, diens positie heeft bepaald ten aanzien van het verzoek tot levensbeëindiging alvorens over te gaan tot deze consultatiefase. Bestaan er nog twijfels, dan zal de arts overleggen met de second opinion psychiater of andere professionals. Zo nodig zal de SCEN-arts de wilsbekwaamheid inzake het verzoek specifiek beoordelen, als dit nog niet is gedaan door de psychiater van de second opinion.¹⁸ De Euthanasiecode van de RTE maakt geen onderscheid in de fases zoals de richtlijn dat doet en benadrukt dat een onafhankelijke beoordeling door een psychiater een toetsingscriterium is. Dat betekent dat in het geval van beoordeling door een SCEN-psychiater er 2 vliegen in één klap worden geslagen. De richtlijn stelt dat er 2 psychiaters in het traject betrokken zouden moeten zijn, maar de RTE wijkt dus af van deze criteria.¹⁹

UITVOERINGSFASE

De uitvoeringsfase is hetzelfde als bij somatisch lijden en omvat de uitvoering, verslaglegging en nazorg.

COMPLEXITEIT

Levensbeëindiging op verzoek bij psychiatrische aandoeningen is complexe materie. De bovengenoemde richtlijn kan hierbij belangrijke handvatten geven, alsmede hulp door consulenten van het EE. De oprichting van ThaNet beoogt de deskundigheid van psychiaters, maar ook andere artsen, te vergroten en de bestaande terughoudendheid en handelingsverlegenheid terug te dringen. Onderzoek van Van Veen toont dat het vaststellen van uitzichtloosheid als meest complexe onderdeel van het traject wordt gezien. Van Veen pleit ervoor om dit met name retrospectief te beoordelen: zijn alle redelijke behandelingen geprobeerd? Hierop is een beter antwoord te formuleren dan op de prognose van de aandoening.²⁰ Andere aspecten die bijdragen aan de complexiteit zijn onder andere het feit dat patiënten over het algemeen relatief jong zijn, een aandoening hebben die niet rechtstreeks tot de dood leidt en een doodswens onderdeel kan zijn van een psychiatrische ziekte. Onderzoek van Ezinga et al. maakt een onderscheid tussen een doodswens en suïcidaliteit. Een doodswens wordt hierbij omschreven als meer weloverwogen, als iets wat kan ontstaan zonder onderliggende psychiatrische aandoening. Suïcidaliteit daarentegen wordt gezien als een pathologische doodswens die voortkomt uit een psychiatrische stoornis, waarbij men geen weloverwogen afweging meer kan maken en vaak ook beperkte controle heeft.²¹

CASUS, VERVOLG

Na een intensief traject bij het EE van 1,5 jaar heeft de euthanasie plaatsgevonden. Zoals de richtlijn adviseert, is een tweede psychiater betrokken voor de beoordeling of er aan de zorgvuldigheidseisen voldaan is. Patiënte zei tijdens dit traject: "...dat ik het mezelf kan toestaan om mezelf te bevrijden uit uitzichtloos lijden, is voor mij een teken van herstel." Conform haar wens heeft zij haar organen kunnen doneren. De huisarts blijft ambivalent na dit traject. Enerzijds opgelucht dat het lijden van haar patiënte over is, anderzijds twijfel of er niet toch iets geweest zou kunnen zijn dat wel geholpen zou hebben.

VOORKOMEN VAN SUÏCIDE?

In de media wordt gesteld dat de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek een eenzame suïcide zou kunnen voorkomen.^{13,14} Ook bij artsen wordt dit genoemd als één van de argumenten voor het verlenen van hulp bij levensbeëindiging bij psychisch lijden.^{1,10} De NVvP daarentegen stelde in 2014 dat deze mogelijkheid hoogstwaarschijnlijk niet zal leiden tot minder suïcides.²² Om hier goede, door onderzoek gesteunde, uitspraken over te doen is erg lastig. Voor zover bekend bij de auteurs zijn hier geen data over beschikbaar. Een systematische review uit 2022 waarbij 6 studies beschreven werden, vond geen bewijs dat er met levensbeëindiging op verzoek suïcides voorkomen worden, maar concludeerden ook dat geïncludeerde studies zeer wisselend van kwaliteit waren.²³ Ondanks het feit dat het tot op heden niet aangetoond is dat hiermee een eenzame suïcide te voorkomen is, wordt het op individueel niveau door naasten vaak wel zo ervaren.²⁴

CONCLUSIE

Voor patiënten die psychisch lijden en nadenken over levensbeëindiging op verzoek is het nodig om hier open over te kunnen spreken met hun huisarts, net zoals bij somatisch lijden. Behalve het feit dat patiënten en naasten de behoefte hebben om het gesprek aan te gaan, is er de complexiteit van de casuïstiek en de noodzakelijke behoedzaamheid bij een verzoek tot hulp bij levensbeëindiging bij deze groep patiënten. Voor huisartsen is het goed om kennis te hebben van de richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis en te weten hoe en waar ondersteuning te vinden. ■

LITERATUUR

1. Pronk R, Sindram NP, van de Vathorst S, Willems DL. Experiences and views of Dutch general practitioners regarding physician-assisted death for patients suffering from severe mental illness: a mixed methods approach. *Scand J Prim Health Care* 2021;39(2):166-173. DOI: 10.1080/02813432.2021.1913895.
2. Expertisecentrum Euthanasie. U staat er niet alleen voor. 2021. Bereikbaar via: <https://expertisecentrum euthanasie.nl/>. Geraadpleegd op 13 januari 2024.
3. KNMG. Euthanasie in cijfers 2021. Bereikbaar via: <https://www.knmg.nl/>. Geraadpleegd op 28 oktober 2023.
4. Expertisecentrum Euthanasie. 2021 in beeld. 2021. Bereikbaar via: <https://expertisecentrum euthanasie.nl/>. Geraadpleegd op 13 januari 2024.
5. ZonMw. Vierde evaluatie evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. 2023. Den Haag: ZonMw.
6. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Jaarverslag Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. 2022. Bereikbaar via: <https://www.euthanasiecommissie.nl/>. Geraadpleegd op 13 januari 2024.
7. Evenblij K, Pasman HRW, van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. Public and physicians' support for euthanasia in people suffering from psychiatric disorders: a crosssectional survey study. *BMC Med Ethics* 2019;20(1):62. DOI: 10.1186/s12910-019-0404-8.
8. Besjes M, Van de Vathorst S. Euthanasie in de GGZ: kwalitatief onderzoek naar de mening van psychiaters. *Tijdschr Psychiatr* 2023;65(2):81-86.
9. Pronk R, Evenblij K, Willems DL, van de Vathorst S. Considerations by Dutch Psychiatrists Regarding Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Psychiatry: A Qualitative Study. *J Clin Psychiatry* 2019;80(6):19m12736. DOI: 10.4088/JCP.19m12736.
10. ZonMw. Derde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZonMw; 2017.
11. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Een euthanasiewens bij (jonge) mensen met een psychische aandoening. Vragen gesteld door de leden der Kamer. Kamerstukken 2022-2023, 32647, nr. 95.
12. Paauw S. Kuipers: 'Terughoudendheid psychiaters bij euthanasievragen moet minder'. Bereikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/>. Geraadpleegd op 13 januari 2024.
13. Avrotros. Zusje van Floor kreeg euthanasie na lang psychisch lijden: 'Waar staat dat iedereen 80 moet worden?' Bereikbaar via: <https://eenvandaag.avrotros.nl/>. Geraadpleegd op 13 januari 2024.
14. ThaNet. Netwerk Persisterende Doodswens en Euthanasieverzoek op Psychische grondslag ThaNet. Bereikbaar via: <https://thanet.nl/>. Geraadpleegd op 13 januari 2024.
15. Paauw S. We vragen psychiaters om een draai van 180 graden te maken. Bereikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/>. Geraadpleegd op 13 januari 2024.
16. Van Veen S, Widdershoven G, Beekman A, Evans N. Physician Assisted Death for Psychiatric Suffering: Experiences in the Netherlands. *Front Psychiatry* 2022;13:895387. DOI: 10.3389/fpsy.2022.895387.
17. Pronk R, Willems DL, van de Vathorst S. Feeling Seen, Being Heard: Perspectives of Patients Suffering from Mental Illness on the Possibility of Physician-Assisted Death in the Netherlands. *Cult Med Psychiatry* 2022;46(2):475-489. DOI: 10.1007/s11013-021-09726-5.
18. Federatie Medisch Specialisten. Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Be-

-
- reikbaar via: [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levens-
beeindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levens-
be_indiging_op_verzoek.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levens-
beeindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levens-
be_indiging_op_verzoek.html). Geraadpleegd op 13 januari 2024.
19. Euthanasiecommissie. EuthanasieCode 2022. Bereikbaar via: <https://www.euthanasiecommissie.nl/>. Geraadpleegd op 13 januari 2024.
20. Van Veen SMP, Ruissen AM, Beekman ATF, Evans N, Widdershoven GAM. Establishing irremediable psychiatric suffering in the context of medical assistance in dying in the Netherlands: a qualitative study. *CMAJ* 2022;194(13):E485-E491. DOI: 10.1503/cmaj.210929.
21. Elzinga E, Van Veen SMP, Van Wijngaarden E. Een levenslange doodswens en persisterende suïcidaliteit: een exploratief onderzoek naar het ontstaan, verloop en behoeften van mensen die hieraan lijden. Bereikbaar via: <https://www.113.nl/>. Geraadpleegd op 13 januari 2024.
22. NVvP. Standpunt Euthanasie in de psychiatrie. Bereikbaar via: www.nvvp.net. Geraadpleegd op 13 januari 2024.
23. Doherty AM, Axe CJ, Jones DA. Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review. *BJPsych Open* 2022;8(4):e108. DOI: 10.1192/bjo.2022.71.
24. Pronk R, Willems DL, Van de Vathorst S. What About Us? Experiences of Relatives Regarding Physician-Assisted Death for Patients Suffering from Mental Illness: A Qualitative Study. *Cult Med Psychiatry* 2023;47(1):237-251. DOI: 10.1007/s11013-021-09762-1.