

A portrait of Rosalie Pronk, a young woman with long, wavy blonde hair, wearing a black turtleneck sweater and black trousers. She is standing indoors, looking directly at the camera with a neutral expression. The background is a blurred indoor setting with a window on the left.

Rosalie Pronk werkt als promovendus bij het Amsterdams UMC (locatie AMC) op de afdeling Ethiek, Recht & Humaniora. Haar promotieonderzoek gaat over de praktijk van hulp bij zelfdoding voor mensen met psychische aandoeningen. Recent publiceerde zij het artikel 'Do doctors differentiate between suicide and physician-assisted death? A qualitative study into the views of psychiatrists and general practitioners'.

‘Denk vooral niet dat je dit in je eentje moet doen’

Rosalie Pronk over hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten

Tanja Veenstra

Ethicus Rosalie Pronk schreef een artikel over hulp bij zelfdoding aan mensen met psychische problematiek. Het geeft een aardig inkijkje in de gevoelens (en twijfels) van Nederlandse psychiaters en huisartsen bij het voor deze doelgroep extra complexe onderwerp. Want hoe bepaal je of een doodswens consistent is en geen suïcidale opwellings? ‘Dat is heel lastig, en ik snap dat je als huisarts hier je vingers liever niet aan brandt, maar ga in elk geval het gesprek aan’, adviseert Pronk.

Hoe zit het met de relatie tussen suïcidaliteit en hulp bij zelfdoding onder mensen met psychische aandoeningen? Die vraag drong zich op tijdens interviews die Pronk voor haar promotieonderzoek hield met psychiaters en huisartsen. Ze spreekt met veel betrokkenheid en inlevingsvermogen over dit netelige onderwerp. Vooral de complexiteit op het grensvlak van disciplines boeit haar. ‘Ik wilde een vinger krijgen achter de dilemma’s van psychiaters en huisartsen.’

Cijfers

Van de 6092 gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in 2019 waren er volgens het jaarverslag van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie 68 bij psychiatrische patiënten. Pronk: ‘Euthanasie en hulp bij zelfdoding noemen we in de praktijk allemaal euthanasie, hoewel er een belangrijk verschil is tussen die 2.’

Net als somatische patiënten krijgen mensen met psychische aandoeningen vaker euthanasie, iets wat niet bij iedereen in goede aarde valt. Want veel mensen zien liever dat zij het euthanaticum zelf innemen, zodat duidelijk is dat dit hun eigen wens is. ‘De keuze voor euthanasie komt vooral van patiënten zelf: ze zijn bang dat ze moeten braken, of dat het te lang duurt. Een infuus werkt vaak binnen een paar minuten, bij een (barbituraat)drankje bij hulp bij zelfdoding kan dat langer duren.’

Tweeënveertig van de gehonoreerde verzoeken kwamen in 2019 voor rekening van psychiaters, in 11 gevallen was de huisarts verantwoordelijk. Het aantal verzoeken stijgt gestaag. Een retrospectief dossieronderzoek (2012-2018) van het Expertisecentrum Euthanasie vermeldt per

werkdag zo’n 3 hulpvragen op basis van psychisch lijden, waarvan een kleine 10% wordt uitgevoerd. ‘Hiervoor geldt een wachttijd van 2 jaar, hetgeen aangeeft hoe nijpend de situatie is.’

Individueel proces

Niet alleen huisartsen, ook psychiaters blijken terughoudend bij het honoreren van verzoeken. De doodswens kan immers een symptoom zijn van de psychopathologie. En in dat geval is hulp bij zelfdoding of euthanasie volgens de wet niet toegestaan. Maar hoe herken je een authentiek, consistent verzoek? ‘Dat is heel ingewikkeld, niet alleen omdat het onderwerp maatschappelijk onder een vergrootglas ligt. Het probleem is dat er geen meetinstrumenten voor zijn. Het is een puur individueel proces, waarvoor je moeilijk een protocol kunt formuleren. Maar door veel gesprekken te voeren met de patiënt, over een langere periode, kun je wel inschatten of iemand nog te behandelen is en of het lijden al dan niet ondraaglijk is.’

Het is sowieso een proces van de lange adem, alleen al door de wachttijden kan het wel uitlopen tot 2 jaar. ‘Voor de patiënt zou het prettig zijn als artsen, zowel behandelend psychiaters als huisartsen, minder doorverwijzen naar het expertisecentrum en zelf het gesprek aangaan. Vervolgens kun je beslissen of je gehoor wilt geven aan het verzoek, of samen met de patiënt op zoek wilt gaan naar een andere oplossing.’

Psychiater of huisarts?

Je zou misschien verwachten dat hier vooral een taak ligt voor psychiaters en niet zozeer voor huisartsen, maar daar is Pronk het niet mee eens: ‘De meeste psychiaters die betrokken zijn bij een euthanasietraject werken bij het Expertisecentrum Euthanasie en hebben geen behandelrelatie met de patiënt. Terwijl de huisarts in feite een “levenslooparts” is die een patiënt langere tijd meemaakt, vaak familieleden in de praktijk heeft en de context ziet waarin de problemen zijn ontstaan.’

Huisartsen hebben ook ruimere ervaring met stervende patiënten dan psychiaters, en meer kennis van het proces

MEER INFORMATIE

- Artikel van Rosalie Pronk: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11013-020-09686-2>
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/leven-seinde-en-euthanasie/euthanasieverzoek-patienten-met-psychiatrische-aandoening>
- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbeindiging_op_verzoek.html
- <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2019/april/17/index>

daaromheen: nog een reden om niet meteen te denken dat dit niet 'our cup of tea' is, vindt Pronk.

Soorten doodswensen

De door haar geïnterviewde psychiaters onderscheiden 3 categorieën doodswensen: impulsieve suïciditeit, chronische suïciditeit en een rationele doodswens (balanssuïcide). Alleen die laatste zou een reden mogen zijn voor euthanasie. Maar kun je als huisarts het onderscheid maken, als het voor psychiaters al lastig is? 'Huisartsen die ik heb gesproken

'Het zijn stuk voor stuk mensen die lijden, iets waarvoor ze niet hebben gekozen'

herkennen zeker het verschil tussen impulsieve en chronische suïciditeit, maar het wordt lastig in het grijze gebied tussen de laatste 2 categorieën.'

De huisartsen die Pronk sprak geven aan dat ze hiervoor onvoldoende kennis en ervaring in huis hebben. 'Ze willen dit graag samen met psychiaters doen. In de praktijk gebeurt dat ook. Als je ingaat op een verzoek, krijg je sowieso een second opinion van een psychiater, gespecialiseerd in de betreffende problematiek. En natuurlijk is er de SCEN-arts. Het expertisecentrum biedt bovendien een buddytraject aan. Maar het is verstandig om zelf ook hulp in te roepen: van een psychiater uit je netwerk, van collega's. Denk vooral niet dat je dit in je eentje moet doen.'

Contra-intuïtief

Het is voor huisartsen een lastige opdracht om te 'snijden in gezond vlees'. 'Ik begrijp heel goed dat dat contra-intuïtief is

voor huisartsen. Veel mensen zijn bovendien bang dat patiënten suïcidaal worden door met ze te praten over de dood. Maar dat is niet zo. Integendeel, zo'n gesprek kan er paradoxaal genoeg zelfs toe leiden dat iemand van zijn doodswens afziet. Doordat erover praten zo oplucht en de mogelijkheid van levensbeëindiging zoveel ruimte biedt dat iemand weer even vooruit kan.'

Het gaat dus ook om gehoord worden en dat een doodswens er mag zijn, aldus Pronk. 'Ik vind het daarom belangrijk dat huisartsen openstaan voor het gesprek daarover, ook al is dat niet makkelijk. De huisarts zou kunnen zeggen: "Ik vind dit een lastige vraag, maar wat kunnen we doen om jouw situatie te verlichten?" Alles in overleg met de patiënt, natuurlijk.'

Comorbiditeit

Het is niet zo dat iemand die dood wil nooit meer goede momenten beleeft, benadrukt Pronk. Wel kan een doodswens sterk fluctueren. 'Dat zie je vaak bij persoonlijkheidsstoornissen, zoals borderline, en het is absoluut een aanleiding om voorzichtig te zijn met het bieden van hulp bij zelfdoding.' De belangrijkste (hoofd)diagnoses achter verzoeken zijn stemmingsstoornissen, maar ook persoonlijkheidsstoornissen komen veel voor. 'In de meeste gevallen is er sprake van psychiatrische comorbiditeit. Bijvoorbeeld depressie, een angststoornis én het horen van stemmen. Dat maakt het lastig te bepalen wanneer iemand is uitbehandeld, omdat iedere aandoening zijn eigen behandelprotocol heeft. Het gaat er dan om dat er geen "redelijke behandelalternatieven" meer zijn. Iemand heeft bijvoorbeeld al 30 jaar een bipolaire stoornis, heeft veel medicatie geprobeerd, allerlei soorten therapie gehad en is diverse keren opgenomen geweest. En weet het gewoon echt niet meer. Dan kun je op een zeker moment redelijkerwijs zeggen dat er geen perspectief meer is, als de patiënt langere tijd aangeeft niet meer te willen leven.'

Psychisch lijden is geen keuze

Bij dermate psychisch lijden dat een doodswens ontstaat, denken we misschien aan 'gevallen' die wel eens op de huisartsenpost langskomen, met weer een bloedende wond op een arm vol littekens. Hoewel het in die gevallen eerder lijkt te gaan om de bekende 'roep om aandacht' pleit Pronk ervoor die weg van de minste weerstand niet in te slaan. 'Want je weet nooit of zo iemand misschien toch een keer echt suïcidaal wordt. En ja, het gaat altijd om complexe problematiek, dus je hebt niet met de makkelijkste mensen te maken. Maar het zijn stuk voor stuk mensen die lijden, iets waarvoor ze niet hebben gekozen. Ik vind dat we dat altijd serieus moeten nemen. Mijn ervaring is dat je prima kunt praten met psychiatrische patiënten en dat ze zelf vaak goed kunnen uitleggen wat het verschil is tussen suïcidale neigingen en een fundamentele doodswens: zij zijn de belangrijkste experts van zichzelf.' ■