**Position paper Rondetafelgesprek "Euthanasie"
Blok 3** **Juridische en maatschappelijke ontwikkelingen rond euthanasie en hulp bij zelfdoding in de psychiatrie.**

Dr. Cecile Gijsbers van Wijk, namens de NVvP commissie herziening Richtlijn *Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis.*

**Uitgangspunt**
Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn sinds het van kracht worden van de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (2002) niet strafbaar wanneer de arts aan een aantal specifieke zorgvuldigheidseisen voldoet. De wet is ook van toepassing bij psychiatrische aandoeningen. Met de huidige behandelmogelijkheden is het niet altijd mogelijk om psychiatrische aandoeningen curatief te behandelen, of een dusdanige kwaliteit van leven te bereiken dat de aandoening draaglijk is. Voor een (zeer) kleine groep patiënten met chronische therapieresistente stoornissen is het lijden uitzichtloos en ondraaglijk. Hier staat de psychiatrie met de rug tegen de muur. Het getuigt van barmhartigheid jegens deze patiënten, die vaak een zeer lange behandelgeschiedenis achter de rug hebben, om hulp bij het sterven te bieden wanneer aan de zorgvuldigheidseisen in de wet is voldaan. In het geval van een psychiatrische grondslag voor het verzoek is uitzonderlijk grote behoedzaamheid geboden. Om deze reden heeft de NVvP reeds in 1998 een richtlijn gepubliceerd (*Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*). Deze richtlijn wordt momenteel in opdracht van de NVvP en FMS herzien. Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn het actualiseren van de richtlijn aan de ontwikkelingen in de praktijk, het verbreden van de richtlijn naar andere medici dan de psychiater (met name de huisarts), het intensiever betrekken van familie en naasten in alle fasen van het proces, en het herzien van de titel van de richtlijn. Naar verwachting zal de definitieve versie van de herziene richtlijn eind 2017 aan het bestuur van de NVvP worden aangeboden.

**1. Zijn de kerncriteria uit de Wtl - vrijwilligheid, uitzichtloos en ondraaglijk lijden - volgens u werkbaar en toetsbaar bij een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt?**

Ja. De commissie is van mening dat de bovengenoemde criteria ook werkbaar en toetsbaar zijn bij psychiatrische patiënten. Wel vergt de beoordeling van deze criteria bij een psychiatrische stoornis extra zorgvuldigheid en toetsing door een ter zake deskundige en onafhankelijke consulent psychiater.
Bij het beoordelen van de *vrijwilligheid* gaat het om twee zaken: de mogelijke beïnvloeding van het verzoek van de patiënt door *anderen* en de mogelijke beïnvloeding van het verzoek van de patiënt door de *aandoening*. De arts dient vast te stellen dat er geen sprake is externe druk; dat geldt overigens ook wanneer het verzoek op somatische grondslag wordt gedaan. Vrijwilligheid kan worden ondergraven doordat de patiënt onder invloed van zijn *stoornis* tot zijn verzoek komt, bijvoorbeeld wanneer hij overmand is door gevoelens van angst of schuld. De aanwezigheid van een psychiatrische aandoening hoeft als zodanig de vrijwilligheid niet te belemmeren. De vraag is of de aandoening het verzoek motiveert of dat de patiënt met de aandoening het verzoek uit.

De *wilsbekwaamheid* is een centraal criterium bij het vaststellen of het verzoek *weloverwogen* is.
Wilsbekwaamheid betreft het vermogen om een overwogen keuze te maken, gebaseerd op begrip van de situatie. Voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid bestaan uitgewerkte en door onderzoek onderbouwde methodes, die in de opleiding van artsen en specifiek psychiaters getraind worden. In het geval van een verzoek om actieve levensbeëindiging zal allereerst, gekeken moeten worden naar de cognitieve vermogens van de patiënt. Is de patiënt in staat informatie over zijn vooruitzichten te begrijpen en zijn keuze hierop te baseren? Ook de emoties van de patiënt zijn relevant: is de patiënt in staat tot een doorleefde afweging van de alternatieven? Ten derde dient de patiënt niet te worden gedreven door pathologische waarden, bijvoorbeeld voortkomend uit een depressie (dit verwijst naar de afwezigheid van beïnvloeding van het verzoek door de stoornis, zoals hierboven beschreven onder vrijwilligheid.) Ten vierde dient de patiënt het verzoek te kunnen plaatsen in de context van waarden die in zijn leven van belang zijn.

**Uitzichtloos en ondraaglijk lijden**
Het lijden is *uitzichtloos* als er geen uitzicht meer bestaat op het verlichten, verzachten of wegnemen van het lijden. Uitzichtloosheid verwijst naar de geobjectiveerde visie van de arts over de al dan niet resterende behandelopties bij deze specifieke patiënt.
De *ondraaglijkheid van het lijden* is vooral een subjectief gegeven. Het is niet strikt noodzakelijk dat de ondraaglijkheid door de arts als invoelbaar wordt ervaren. Wel dient de ondraaglijkheid in enige mate begrijpelijk te worden. Een belangrijk onderdeel van de ondraaglijkheid bij chronische psychiatrische ziektebeelden ligt in de levenslange duur van de aandoening: juist het feit dat (in tegenstelling tot somatische aandoeningen) géén sprake is van een stervensfase, maakt het lijden ondraaglijk.

Overigens blijkt uit de beoordelingen door de RTE’s van euthanasie bij psychiatrische patiënten niet dat sprake is van twijfels rondom de beoordeling van bovengenoemde zorgvuldigheidseisen: alleen in 2014 één casus als niet zorgvuldig beoordeeld.

**2. Kunt u ingaan op de verhouding tussen goede psychiatrische zorg, euthanasie en suïcide preventie bij psychiatrische patiënten? Hoe wordt gewogen dat de doodswens van psychiatrische patiënten onderdeel van hun ziekte kan zijn, die na behandeling of genezing kan verdwijnen?**

Psychiatrische aandoeningen zijn niet altijd curatief te behandelen. Waar curatie niet is te bereiken, kan het nog wel mogelijk zijn voor de patiënt om ondanks de ziekte een acceptabele kwaliteit van leven te behouden of te ontwikkelen. Er wordt dan wel gesproken van herstel. Gegeven de behandelmethodieken die in de psychiatrie ter beschikking staan, kan ook met goede psychiatrische zorg het lijden echter niet altijd worden weggenomen.

Suïcidaliteit verschilt essentieel van een verzoek om hulp bij levensbeëindiging. In beide gevallen is er sprake van een doodswens. De consistentie, duurzaamheid en motivatie van die doodswens lopen echter uiteen. Bij acuut suïcidaal gedrag gaat het als regel om impulsief gedrag als uitingsvorm van onderliggende psychopathologie (de stoornis heeft de patiënt als het ware in zijn greep), is de patiënt als regel niet of niet volledig oordeelsbekwaam, valt er redelijkerwijs resultaat te verwachten van behandeling en wordt doorgaans geen derde gevraagd om uitvoering aan de doodswens geven. Bij acute suïcidaliteit dient de patiënt daarom beschermd en beveiligd te worden, desnoods met dwangmaatregelen in het kader van de Wet Bopz, en de onderliggende problematiek behandeld te worden. Vaak blijkt dat de doodswens van tijdelijke en voorbijgaande aard was en afneemt wanneer het klinisch beeld verbetert. Euthanasie vereist een consistente en duurzame doodswens, om een vrijwillig en weloverwogen verzoek waarbij op grond van een psychiatrische aandoening sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

Aangezien suïcidaliteit en een verzoek om levensbeëindiging van een andere aard zijn, is niet aannemelijk dat de mogelijkheid van euthanasie in de psychiatrie er als zodanig toe leidt dat suïcides en suïcidepogingen afnemen. In individuele gevallen is denkbaar dat de patiënt zich beter begrepen voelt en dat daardoor suïcide wordt voorkomen.

**3. Hoe beoordeelt u de toename van het aantal (uitgevoerde) euthanasieverzoeken bij psychiatrische patiënten (van 0 in 2009 naar 60 in 2016)? Welke ontwikkeling verwacht u de komende jaren?**

Het aantal casus van levensbeëindiging bij patiënten met een psychiatrische aandoening neemt geleidelijk toe maar blijft in absolute zin beperkt. Van 2011 tot 2016 is het aantal meldingen van levensbeëindigend handelen op basis van een psychiatrische grondslag toegenomen van 13 naar 60.

Tabel 1. Cijfers levensbeëindiging op verzoek RTE, SLK en suïcides

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jaar** | **Aantal meldingen landelijk (gemeld bij RTE’s)** | **Aandeel Stichting Levenseindekliniek** |  |
|  | **Totaal # meldingen euthanasie** | **Grondslag psychiatrie** | **Grondslag dementie** | **Totaal # verzoeken** | **# verzoeken grondslag psychiatrie**  | **# uitgevoerd grondslag psychiatrie** | **# Suïcides** |
| 2016 | 6091 | 60 | 141 | 1796 | 498 | 46 | 1894 |
| 2015 | 5516 | 56 | 109 | 1234 | 365 | 36 | 1871 |
| 2014 | 5306 | 41 | 81 | 1035 | 232 | 17 | 1839 |
| 2013 | 4829 | 42 | 97 | 749 | 134 | 9 | 1854 |
| 2012 | 4188 | 14 | 42 |  |  |  | 1753 |
| 2011 | 3695 | 13 | 49 |  |  |  | 1647 |
| 2010 | 3136 | 2 | 25 |  |  |  | 1600 |
| 2009 | 2636 | 0 | 12 |  |  |  | 1525 |
| 2008 | 2331 | 2 | ? |  |  |  | 1435 |

Het aantal gehonoreerde verzoeken blijft daarmee beperkt, in vergelijking met zowel het jaarlijkse aantal suïcides, als het totaal aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding (zie tabel 1). Daarbij kan worden geconstateerd dat de Levenseindekliniek sinds 2013 jaarlijks minder dan 10% van de verzoeken op psychiatrische grondslag toewijst. Hieruit blijkt dat veel psychiatrische patiënten die zich aanmelden niet voor euthanasie in aanmerking komen. Overigens is uit onderzoek bekend dat ook in het geval van somatische ziekten een groot aantal verzoeken uiteindelijk niet in euthanasie resulteert. Reeds voor de oprichting van de Levenseindekliniek in 2012 is sprake van een toename van euthanasiemeldingen bij psychiatrische patiënten. Dit wijst op een inhaalslag in de periode 2008-2012. Die inhaalslag lijkt zich tijdens de eerste jaren van het bestaan van de Levenseindekliniek voort te zetten, en nu af te vlakken. Al met al lijkt geen sprake van een bijzondere ontwikkeling in het psychiatrische domein. Net als bij andere aandoeningen is euthanasie bespreekbaarder geworden, en is er mede daardoor een toename te zien, zonder dat dit tot grote verschuivingen leidt.

**4. Volgens de evaluatie van de Wtl zijn psychiaters terughoudender geworden ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek bij psychiatrische patiënten. Kunt u hierop reflecteren?**

Bovenstaande cijfers illustreren dat binnen de beroepsgroep psychiaters grote terughoudendheid bestaat aangaande verzoeken tot hulp bij levensbeëindiging. Dit ondanks het feit dat zij al sinds 1998 kunnen terugvallen op de richtlijn van hun beroepsgroep, deze richtlijn kennen en zich er positief over tonen (derde evaluatie Wtl, pg. 174-175). In de derde evaluatie van de Wtl wordt een toenemende terughoudendheid onder psychiaters geconstateerd: *Hoewel het aantal (uitgevoerde) verzoeken is toegenomen, zijn psychiaters wel terughoudender geworden ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek bij psychiatrische patiënten. In 1995 vond 53% het ondenkbaar om ooit hulp bij zelfdoding uit te voeren, in 2016 was dit toegenomen naar 63%* (derde evaluatie Wtl, pg 178)

De commissie ziet de in het evaluatieonderzoek geconstateerde toenemende terughoudendheid van psychiaters mede in het licht van het gegeven dat euthanasie bij psychiatrische patiënten meer voorkomt dan voorheen, hetgeen noodt tot reflectie op de vraag of men dit zelf zou willen uitvoeren. Tegelijkertijd ziet zij een grotere acceptatie van levensbeëindiging bij psychiatrische patiënten onder psychiaters, getuige het innemen van een positief standpunt van de beroepsvereniging NVvP in 2014 en de aandacht en belangstelling voor het onderwerp op het jaarlijkse psychiatriecongres. Een toenemend aantal psychiaters kan zich niet alleen voorstellen euthanasie uit te voeren, maar denkt daar ook reëel over na en zoekt steun bij elkaar, blijkens de oprichting van de Steungroep psychiaters in 2008 ([www.steungroeppsychiaters.nl](http://www.steungroeppsychiaters.nl)).

Eén van de redenen van de toegenomen terughoudendheid kan gelegen zijn in het bestaan van een alternatief in de vorm van de Levenseindekliniek. Het relatieve aandeel van de Levenseindekliniek in de uitvoering van euthanasie op psychiatrische grondslag stijgt (van 21% in 2013 en 77% in 2016). De indruk bestaat dat de complexe materie tot handelingsverlegenheid in de psychiater-patiëntrelatie leidt, zodat de patiënt verwezen wordt of zelf andere wegen zoekt. De commissie vindt dit om meerdere redenen een onwenselijke ontwikkeling (zie punt 5).

**5. De evaluatiecommissie constateert dat psychiatrische patiënten, als de eigen arts euthanasie weigert vanwege persoonlijke redenen of omdat niet aan de zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan, in de meeste gevallen worden doorverwezen naar de Levenseindekliniek. Hoe reflecteert u hierop?**

De Levenseindekliniek richt zich op de meest complexe euthanasieverzoeken, m.n. die op grond van psychiatrische problematiek, dementie en stapeling ouderdomskwalen. Daarmee ontwikkelt zij zich tot een expertisecentrum, en dat leidt logischerwijs tot een aanzuigende werking van verwijzingen. Overigens zijn de meeste aanmeldingen bij de SLK van psychiatrische patiënten niet op verwijzing, maar uit eigen initiatief van de patiënt.

De commissie vindt de prominente rol van de SLK om meerdere redenen zorgelijk. Vanuit moreel oogpunt acht zij het niet gepast dat patiënten met psychiatrische aandoeningen onvoldoende gehoor vinden voor hun verzoek bij hun vaste behandelend arts, met wie zij veelal een lang bestaande behandelrelatie hebben. Het heeft de voorkeur dat het mogelijk laatste deel van hun behandeltraject niet uitbesteed wordt aan een nieuwe behandelaar waarmee nog een behandelrelatie moet worden opgebouwd. Ook meent de commissie dat de afweging van het verzoek en de zorgvuldigheidseisen primair een taak is van de vaste behandelend arts. Die beschikt immers over de meest directe informatie over de patiënt, diens voorgeschiedenis en context, en prognose. Ten slotte is de Levenseindekliniek niet primair een uitvoeringsinstantie, maar een expertisecentrum dat zich richt op scholing en consultatie. De commissie heeft dan ook, met de Levenseindekliniek de voorkeur dat de eigen behandelend arts een euthanasieverzoek onderzoekt en uitvoert wanneer voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. De commissie hoopt dat de publicatie en implementatie van de herziene richtlijn er toe bijdraagt dat de eigen arts of psychiater bereid en in staat is een verzoek tot levensbeëindiging empathisch, professioneel en zorgvuldig met de patiënt en familie en naasten te doorlopen.