

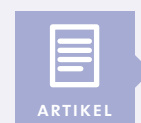
Euthanasie van Nederlandse psychiatrische patiënten in 2015-2017^I

S.M.P. VAN VEEN, F.W. WEERHEIM, M. MOSTERT, J.J.M. VAN DELDEN

- ACHTERGROND** Nederland is een van de weinige landen in de wereld waar euthanasie en hulp bij zelfdoding toegestaan zijn op basis van psychisch lijden.
- DOEL** Inzicht in patiëntkenmerken en artsenbetrokkenheid bij euthanasie op basis van psychisch lijden.
- METHODE** De Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's) publiceerden in 2015-2017 43 oordelen online. 35 daarvan waren geschikt voor analyse. Drie casussen worden in detail uitgelicht.
- RESULTATEN** 77% van de patiënten was vrouw. 51% van de patiënten was tussen de 50 en 70. Depressieve en persoonlijkheidsstoornissen waren aanwezig bij bijna de helft van de patiënten. Alle patiënten werden wilsbekwaam geacht om over hun levenseinde te beslissen.
- CONCLUSIE** Hoewel het aantal gevallen van euthanasie op basis van psychisch lijden toeneemt, vonden we geen verschuiving in patiëntkenmerken. De scheiding tussen psychiatrische en somatische casussen kan ingewikkeld zijn. Patiënten die overlijden door suïcide verschillen op verschillende vlakken van patiënten die overlijden via euthanasie. Het feit dat alle patiënten als wilsbekwaam worden beschouwd, kan betekenen dat ze ten onrechte als kwetsbaar worden gezien of dat de toetsing onvoldoende zorgvuldig is op dit vlak.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)4, 241-247

TREFWOORDEN euthanasie, hulp bij zelfdoding, oordelen, psychiatrie, toetsingscommissie



Nederland is een van de weinige landen in de wereld waar euthanasie en hulp bij zelfdoding toegestaan zijn (omdat beide in Nederland aan dezelfde wetseisen moeten voldoen, worden ze hierna samen 'euthanasie' genoemd). De overgrote meerderheid van de Nederlandse patiënten die voor euthanasie kiezen, zijn terminaal zieke patiënten met kanker en een beperkte levensverwachting. Het aantal psychiatrisch patiënten neemt echter toe in absolute en relatieve zin (Onwuteaka-Philipsen e.a. 2017).

Kwantitatieve empirische studies over dit onderwerp zijn schaars (Groenewoud e.a. 1997; Doernberg e.a. 2016; Kim e.a. 2016). Als gevolg hiervan is nog veel onbekend over de kenmerken van Nederlandse psychiatrische patiënten die middels euthanasie overlijden, de procedure die daaraan voorafgaat en het beoordelingsproces dat erop volgt.

Het feit dat euthanasie voor psychiatrische patiënten in Nederland wordt geaccepteerd, biedt een wereldwijd

zeldzame kans om de effecten van een liberaal levenseindebeleid te bestuderen. Kim e.a. (2016) bestudeerden eerder de verslagen van de regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's) die tussen 2011 en 2014 online werden gezet. Uit hun onderzoek bleek dat euthanasie het meest werd verleend aan vrouwen met complexe en chronische psychiatrische problematiek. 76% van de patiënten was ouder dan 50. Ze vonden dat artsen de regels over het algemeen zorgvuldig naleefden, maar het ook oneens konden zijn over het uitvoeren van aanvullende behandelingen en wilsbekwaamheid. Ten slotte concludeerden ze dat de RTE bijna altijd de mening van de rapporterende arts volgt. Meer dan drie jaar zijn verstreken sinds Kim e.a. hun inclusie beëindigden en de RTE's delen nog steeds een deel van hun geanonimiseerde oordelen online. We analyseerden de oordelen die in de periode 2015-2017 werden gepubliceerd om te kijken hoe de euthanasiepraktijk zich

in Nederland ontwikkelt. Ons doel is om het ethische debat over euthanasie bij psychiatrische patiënten verder te brengen door het te voorzien van nieuwe feiten.

Achtergrond

Nederland staat internationaal bekend om haar liberale houding jegens levenseindevraagstukken, een houding die in 2002 werd gelegaliseerd door de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl). Euthanasie op basis van psychisch lijden was volgens de letter van de wet direct al mogelijk, maar in het decennium dat erop volgde, werden jaarlijks slechts één of twee psychiatrische gevallen gerapporteerd (Onwuteaka-Philipsen e.a. 2017). Sinds 2012 neemt dit aantal echter toe, van 2 gemelde gevallen in 2011 tot 83 gevallen in 2017 (RTE 2017). Hoewel er geen verband is aangetoond, valt deze toename samen met de oprichting van de Levenseindekliniek (SLK). De SLK verricht nu ongeveer 75% van alle gevallen van euthanasie op basis van psychiatrisch lijden (Peters 2016). De Wtl eist onder meer dat een euthanasieverzoek vrijwillig en weloverwogen is, het lijden moet uitzichtloos en ondraaglijk zijn en er mag geen redelijke andere oplossing zijn om dit lijden te verlichten. Daarbij moet een onafhankelijke arts, bij voorkeur een SCEN-arts, worden geraadpleegd.

Voor psychiatrische patiënten wordt in de wet geen uitzondering gemaakt en is bijvoorbeeld een enkele consultatie voldoende. Echter, jurisprudentie, geformaliseerd in de vorm van een EuthanasieCode van de RTE's, stelt dat een onafhankelijke gespecialiseerde psychiater moet worden geraadpleegd wanneer *'het euthanasieverzoek (in overwegende mate) voortkomt uit lijden dat het gevolg is van een psychiatrische aandoening.'* (EuthanasieCode 2018).

Deze eis komt overeen met de recent herziene euthanasierichtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2018). Nadat euthanasie is uitgevoerd, rapporteert een lijkschouwer de zaak en beoordeelt een RTE elke zaak. Als deze concludeert dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, wordt de zaak overgedragen aan het Openbaar Ministerie voor verder onderzoek en eventueel vervolging.

METHODE

Selectie van oordelen

Alle oordelen die in de periode 2015-2017 online waren gezet, geclassificeerd als 'psychiatrisch', werden gedownload op 16 april 2018 (RTE 2017). Er waren 43 oordelen beschikbaar: 24 uit 2015, 10 uit 2016 en 9 vanaf 2017. 8 oordelen werden na screening geëxcludeerd (zaaknummers: 2013-15, 2015-18, 2015-19, 2015-47, 2015-80, 2016-07, 2017-26 en 2017-32). In zes van de geëxcludeerde oordelen

AUTEURS

SISCO M.P. VAN VEEN, aios psychiatrie, UMC Utrecht, en arts-onderzoeker, afd. Metamedica, VUmc, Amsterdam.

FOKELINE W. WEERHEIM, medisch student, Universiteit van Utrecht.

MENNO MOSTERT, jurist en promovendus, afd. Medical Humanities, Julius Centrum, UMC Utrecht.

JOHANNES J.M. VAN DELDEN, hoogleraar Medische ethiek, afd. Medical Humanities, Julius Centrum, UMC Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Sisco van Veen, UMC Utrecht, afd. Psychiatrie, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht.
E-mail: s.m.p.vanveen-4@umcutrecht.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-12-2018.

was (terminaal) somatisch lijden de belangrijkste reden voor euthanasie en waren de psychiatrische klachten secundair of subsidair van aard. Eén oordeel betrof een duplicatie en één oordeel werd uitgesloten omdat het verkeerd gelabeld was en uit 2013 kwam. Van 35 oordelen werd de volledige tekst geanalyseerd.

Het is belangrijk om te vermelden dat het landelijk bestuur van de RTE's in 2015 besloot om minder psychiatrische oordelen online te publiceren, op aangeven van minister Schippers (destijds minister van vws). Als argument hiervoor werd gegeven dat op de website voorheen dispropor-tionele aandacht aan oordelen over psychiatrische casus-sen werd besteed, terwijl deze destijds minder dan 1% van alle euthanasiezaken uitmaakten. Ten gevolge hiervan werd tussen 2011 en 2014 63% van alle psychiatrische oordelen online gezet (Kim e.a. 2016). In de onderzochte periode 2015-2017 bedroeg het publicatiepercentage 22%.

Categorisering van patiëntkenmerken

We analyseerden de 35 geïncludeerde oordelen op leeftijd, geslacht, psychiatrische classificatie en somatische comorbiditeit van de patiënt. Om de psychiatrische stoornissen te classificeren, gebruikten we de DSM-IV-TR-criteria, omdat dit de meest gebruikte versie was in Nederland tussen 2015 en begin 2017. Omdat we nu voornamelijk met de DSM-5 werken, schaalden we de obsessieve-compulsieve stoornis en de posttraumatische stressstoornis niet meer onder de angststoornissen (APA 2000; 2013).

Hoewel dementie een neuropsychiatrische ziekte is en als classificatie in de DSM voorkomt, roept deze in de context van euthanasie unieke vragen op en viel hiermee buiten het beoogde doel van onze studie. Op de RTE-website is

dementie een aparte categorie, in onze analyse categoriseerden we deze aandoening als een comorbide somatische aandoening.

De RTE-oordelen zijn in essentie meer juridische documenten, wat betekent dat veel psychiatrische en medische termen zijn vertaald. Wanneer woorden als 'klachten' of 'kenmerken' werden gebruikt, namen we deze wel mee als 'classificatie' in de veronderstelling dat alleen klinisch relevante informatie in deze zeer gecomprimeerde samenvattingen werd opgenomen. Deze gevallen benoemen we echter wel apart in **TABEL 1**.

Categorisering van artsenbetrokkenheid

We bekeken het aantal onafhankelijke geraadpleegde artsen, psychiaters en de betrokkenheid van de Levensindie kliniek. We screenen de oordelen ook op meningsverschillen tussen artsen. Hierin kwamen twee categorieën naar voren: meningsverschillen over het ontbreken van redelijke andere oplossingen en meningsverschillen over wilsbekwaamheid. We categoriseerden een meningsverschil alleen als zodanig als beide screenende auteurs het erover eens waren dat dit duidelijk bleek uit de tekst (SvV en FW).

Selectie van uitgelichte oordelen

We selecteerden de uitgelichte oordelen door middel van discussie tussen de auteurs. De eerste casus werd geselecteerd omdat deze veelvoorkomende patiënt- en proceskenmerken bevatte, deze kon gezien worden als 'typische' casus. De tweede casus was de enige die door de RTE als onzorgvuldig werd beoordeeld in deze periode. Het derde

oordeel liet zien hoe ingewikkeld het euthanasieproces kan zijn en hoe de RTE hiermee omgaat. Alle oordelen zijn te vinden op www.euthanasiecommissie.nl.

RESULTATEN

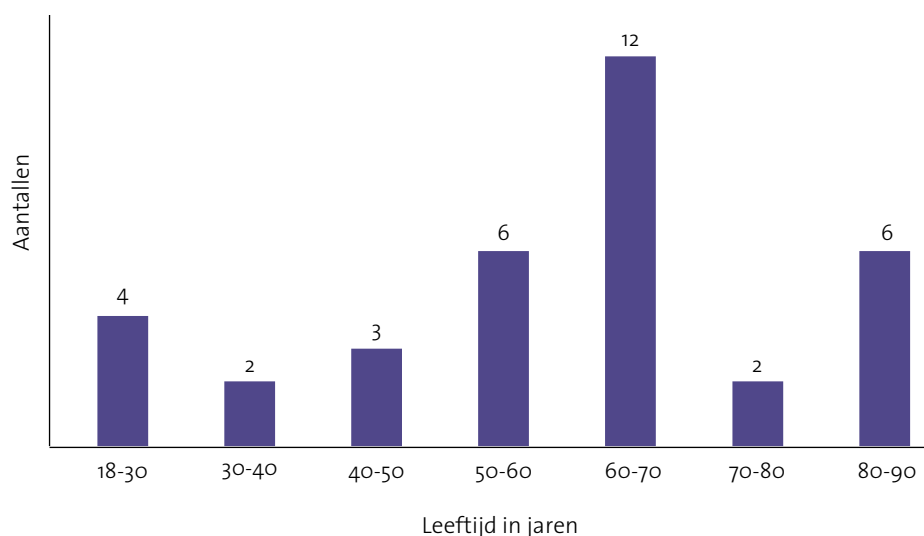
Patiëntkenmerken

77% van de patiënten was vrouw. 74% was ouder dan 50, 51% van alle patiënten was 50-70 jaar oud en 17% was 80-90 jaar (**FIGUUR 1**). Patiënten hadden meestal de diagnose stemmings- (66%) en persoonlijkheidsstoornissen (54%). Ook kwamen angst- (29%) en eetstoornissen (20%) relatief vaak voor. Als specifieke classificaties kwamen de depressieve stoornis (46%) en PTSS (23%) het meest voor (zie **TABEL 1**). In 34% van de rapporten werden suïcidepogingen in de voorgeschiedenis beschreven. 71% van de patiënten had meer dan één psychiatrische aandoening, wat betekent dat een minderheid van 10 patiënten (29%) euthanasie ontving als gevolg van lijden veroorzaakt door een enkele aandoening. Dit waren respectievelijk alcoholafhankelijkheid, PTSS, anorexia nervosa, schizoaffectieve stoornis, depressie bij uitgebreide somatische aandoeningen, obsessieve-compulsieve stoornis met ernstige somatische comorbiditeit en een depressieve aanpassingsstoornis als gevolg van tinnitus.

Persoonlijkheidsstoornissen kwamen alleen samen met andere psychiatrische stoornissen voor.

Hoewel het woord 'ernstig' vaak in de rapporten werd genoemd, was er geen kwantitatieve inschatting van de ernst van het lijden beschikbaar, bijvoorbeeld in de vorm van *Global Assessment of Functioning* (GAF)-scores.

FIGUUR 1 Leeftijdverdeling van online gepubliceerde oordelen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie over patiënten die overleden middels euthanasie op basis van psychisch lijden in 2015-2017 (in aantallen casussen)



TABEL 1 Psychiatrische stoornissen bij patiënten die middels euthanasie overleden

Psychiatrische stoornis	N	% ^A
Stemmingsstoornissen	23	65,7
Depressieve stoornis	16	45,7
Bipolaire stoornis (I en II)	2	5,7
Dysthymie	2	5,7
Depressieve klachten	3	8,6
Angststoornissen	10	28,6
Paniekstoornis	3	8,6
Sociale fobie	1	2,9
Angststoornis NAO	1	2,9
Angst- of panieklachten	5	14,3
Posttraumatische stressstoornis	8	22,9
Obsessieve-compulsieve stoornis	4	11,4
Psychotische stoornis	6	17,1
Schizofrenie	1	2,9
Schizoaffectieve stoornis	2	5,7
Psychose NAO	1	2,9
Psychotische klachten	2	5,7
Somatoforme stoornissen	5	14,3
Pijnstoornis	1	2,9
Hypochondrie	1	2,9
Somatoforme stoornis NAO	3	8,6
Autismespectrumstoornissen	1	2,9
PDD NAO	1	2,9
Stoornissen in het gebruik van middelen	3	8,6
Alcoholafhankelijkheid	1	2,9
Alcohol- en multimiddelenafhankelijkheid	2	5,7
Eetstoornissen	7	20,0
Anorexia nervosa	6	17,1
Eetstoornis NAO	1	2,9
Persoonlijkheidsstoornissen	19	54,3
Borderlinepersoonlijkheidsstoornis	2	5,7
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	1	2,9
Persoonlijkheidsstoornis NAO	13	37,1
'Persoonlijkheidsproblematiek'	3	8,6

^AOmdat bij de meeste patiënten meerdere stoornissen of klachten beschreven werden, zijn de gecombineerde percentages hoger dan 100%.

Somatische comorbiditeit bestond bij 13 patiënten (37%), inclusief hartritmestoornissen; alzheimerdementie; hartfalen; COPD; artrose; slechthorendheid; duizeligheid; syndroom van Ehlers-Danlos; obesitas; huidproblemen; migraine; chronische pijn; tinnitus; diverticulitis; spasti-

sche quadriplegie; osteoporose; bloedarmoede en nierstoornissen.

De rol van de arts

In 31 gevallen (89%) werd ten minste één onafhankelijke psychiater geraadpleegd voor een second opinion, in alle gevallen was een onafhankelijke SCEN-arts betrokken. In 4 gevallen bleven tot het eind meningsverschillen bestaan tussen de betrokken artsen over het ontbreken van een redelijke andere oplossing (zaaknummers: 2016-11, 2016-78, 2017-8 en 2017-9). In geen van de rapporten werden meningsverschillen beschreven over de mogelijkheid van patiënten om tot een wilsbekwame keuze te komen. In 4 gevallen (11%) werd geen onafhankelijke psychiater betrokken. Als gevolg hiervan beoordeelde de RTE één euthanasieprocedure in 2017 als onzorgvuldig (zaak 2017-24). Deze zaak lichten wij in het vervolg nader uit. In 19 van de 35 online gepubliceerde oordelen (54%) werd de betrokkenheid van de Levenseindekliniek specifiek beschreven.

Uitgelichte oordelen

ORDEEL 2016-5: EEN VROUW MET EEN PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS EN THERAPIERESISTENTE DEPRESSIES

Een vrouw, tussen 60 en 70 jaar oud, met de diagnose bipolaire II-stoornis en niet-gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis, had sinds vijftien jaar recidiverende depressieve episodes. Ze probeerde meermaals suïcide te plegen. Verschillende behandelingen gaven geen verbetering van haar stemming of functioneren. Toen ze om euthanasie vroeg, gingen haar behandelend psychiater en huisarts hier niet op in. Hierna consulteerde patiënte de Levenseindekliniek. Eén van hun psychiaters daar nam haar verzoek in overweging en raadpleegde een andere onafhankelijke psychiater, die tot de conclusie kwam dat patiënt een wilsbekwaam verzoek deed en dat de zinvolle behandelingsopties waren uitgeput. Aansluitend concludeerde een SCEN-arts dat aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan, waarna euthanasie werd uitgevoerd. De RTE beoordeelde het proces als zorgvuldig.

ORDEEL 2017-24: INADEQUAAT RAADPLEGEN VAN ONAFHANKELIJK PSYCHIATER

Tussen 2015 en 2017 voldeed één zaak volgens de RTE niet aan de zorgvuldigheidseisen zoals beschreven in de RTE EuthanasieCode. Dit betrof een man tussen de 40 en 50 jaar oud, met een lange voorgeschiedenis van verschillende psychiatrische stoornissen. Zijn laatste diagnose was schizoïde persoonlijkheidsstoornis. Zeven maanden voordat euthanasie plaatsvond, werd een onafhankelijke

gespecialiseerde psychiater geraadpleegd om te beoordelen of autisme een beter passende diagnose was, hetgeen volgens de deskundigen niet het geval was.

Zes maanden vóór euthanasie nam een nieuwe psychiater de behandeling over. De patiënt vroeg om euthanasie, maar de psychiater ging niet op dit verzoek in. Op dit punt consulteerde de patiënt de Levenseindekliniek en werd de zaak toegewezen aan een van hun huisartsen. Deze consulteerde voor uitvoering van euthanasie een SCEN-arts die geen psychiater was. Samengevat waren drie psychiaters, een huisarts en een gespecialiseerde euthanasieconsulent betrokken bij het proces dat voorafging aan de euthanasie van deze patiënt. Naderhand oordeelde de RTE dat voldoende duidelijk gemaakt was dat de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos leed. De zaak werd echter als onzorgvuldig beoordeeld omdat de gespecialiseerde psychiater niet in de context van een euthanasieverzoek werd geconsulteerd; het gevolg hiervan was dat deze geen uitspraak over de wilsbekwaamheid had gedaan.

OORDEEL 2016-78: MENINGSVERSCHIL TUSSEN BETROKKEN PSYCHIATERS

Dit oordeel betrof een man tussen 30 en 40 jaar oud met een schizoaffectieve stoornis en niet-gespecificeerde persoonlijkheidsproblematiek. Hij leed voornamelijk aan depressieve klachten en vroeg geregeld om euthanasie. Drie psychiaters waren betrokken bij de euthanasieprocedure. De patiënt vroeg zijn behandelend psychiater om euthanasie, deze droeg dit over aan een tweede psychiater. Later werd een derde onafhankelijke psychiater geraadpleegd, die aanvullende medicamenteuze en psychotherapeutische behandeling adviseerde. De tweede psychiater besloot, in samenspraak met de eerste psychiater, dit advies naast zich neer te leggen met het argument dat de voorgestelde behandelopties onredelijk waren. Dit kwam mede omdat de patiënt niet gemotiveerd was tot verdere behandeling. Euthanasie volgde.

Volgens de RTE had de tweede (en uitvoerende) psychiater voldoende gemotiveerd waarom hij of zij geen voordeel zag in de voorgestelde behandelopties, waarna het proces als zorgvuldig werd beoordeeld.

DISCUSSIE

Vergelijkbare patiënten met toegenomen vraag

Ten opzichte van het onderzoek van Kim e.a. laat ons onderzoek een vergelijkbare patiëntengroep zien. Zo is het percentage vrouwelijke patiënten redelijk consistent (70% in 2011-2014 versus 77% in 2015-2017). Het percentage van patiënten ouder dan 50 jaar bleef ook stabiel hoog (76% versus 74%). Depressie werd in beide onderzoeken

gevonden als een relatief veelvoorkomende aandoening (55% versus 46%). Ook (comorbide) persoonlijkheidsstoornissen komen in beide studies stabiel veel voor (52% versus 53%).

Hoewel het gewijzigde publicatiebeleid van de RTE's een vergelijking tussen deze cijfers mogelijk onzorgvuldig maakt, suggereren onze bevindingen dat *meer* patiënten van *vergelijkbare* leeftijd en met *vergelijkbare* problematiek overgaan tot euthanasie. We vonden geen ontwikkeling van euthanasie richting jongere of 'andere' psychiatrische patiënten, wat vaak wordt gevreesd bij het gebruik van het 'hellende-vlak'-argument (Van der Staaij 2017). Verder onderzoek is nodig om deze bevinding verder uit te werken, bijvoorbeeld door ernstmaten zoals een GAF-index op te nemen.

Differentiatie tussen psychiatrische en somatische casussen

De manier waarop de oordelen zijn geclassificeerd door de RTE's laat zien dat het uitdagend kan zijn om onderscheid te maken tussen somatische en psychiatrische redenen voor euthanasie. Verschillende oordelen, waarbij het lijden in onze optiek voornamelijk somatisch van aard was, werden ingedeeld onder 'psychiatrische aandoeningen'. Soms waren dit psychiatrische patiënten met ernstige somatische morbiditeit of patiënten met ernstige somatische aandoeningen en comorbide psychiatrische klachten zoals depressie of angst.

In de richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis van de NVvP (2018) wordt het volgende vermeld over somatisch zieke patiënten met psychiatrische comorbiditeit: *'Wanneer het verzoek aan de arts primair haar grondslag vindt in het somatisch lijden en er is sprake van psychiatrische comorbiditeit, handelt de arts conform de wettelijke vereisten en de protocollen van de betreffende beroepsvereniging.'*

De complexe scheiding tussen *soma* en *psyche* krijgt niet veel aandacht in het debat over euthanasie in de psychiatrie. Dit onderscheid wordt relevant wanneer andere of strengere regels worden toegepast voor 'psychiatrische' euthanasiezaken, zoals in de NVvP-richtlijn of de EuthanasieCode (RTE 2018). Onduidelijkheid over deze scheiding kan enerzijds leiden tot onvoldoende zorgvuldigheid bij zaken die als 'somatisch' worden beschouwd, maar waarbij men de psychische component over het hoofd ziet of anderzijds ongerechtvaardigde terughoudendheid bij psychiatrische patiënten met ondraaglijk en uitzichtloos somatisch lijden. Verdere discussie over wat een casus voornamelijk 'psychiatrisch' maakt, zou dit kunnen voorkomen.

Euthanasie en suïcide

De bevindingen suggereren dat patiënten die door suïcide om het leven komen, verschillen van degenen die door euthanasie overlijden. Ten eerste beschrijven twee derde van de RTE-oordelen geen voorgeschiedenis van suïcideposingen. In 2011-2014 was dit in de helft van de oordelen het geval (Kim e.a. 2016).

Ten tweede hebben Nederlandse mannen twee keer meer kans om te overlijden door suïcide dan vrouwen, maar vormen ze slechts een minderheid onder Nederlandse patiënten die euthanasie kregen (CBS 2017). Een verklaring voor de gevonden verschillen kan zijn dat patiënten die door zelfdoding overlijden geen euthanasie kunnen aanvragen omdat ze immers al overleden zijn.

Een andere verklaring is een mogelijk verschil tussen deze groepen in autoagressie en impulsiviteit, het man-vrouwverschil kan hier een aanwijzing voor zijn. Verder vergelijkend onderzoek naar deze groepen is belangrijk omdat een euthanasiewens geregeld gelijk wordt gesteld aan suïcidaliteit, een gegeven dat aan de basis ligt van het argument dat euthanasie een manier is om 'inhumane' suïcides te voorkomen.

Wilsbekwaamheid

Hoewel de meeste oordelen patiënten beschrijven die lijden aan ernstige en complexe psychiatrische aandoeningen, werden ze zonder uitzondering wilsbekwaam geacht om te beslissen over hun eigen dood. In geen van de beschreven casussen bestond hierover een meningsverschil onder de artsen. Dit kan opvallend genoemd worden omdat zorgen over de wilsbekwaamheid een grote rol spelen in het ethische debat over euthanasie bij psychiatrisch patiënten (Appelbaum 2017).

Een voor de hand liggende verklaring voor deze bevinding is dat artsen de wetseisen zorgvuldig hanteren en dus alleen tot euthanasie overgaan wanneer patiënten wilsbekwaam ter zake zijn. In dat geval zou de bezorgdheid over de kwetsbaarheid van psychiatrische patiënten die euthanasie krijgen onterecht zijn. Een andere verklaring is dat de beoordelingsprocedure van de RTE niet ingericht is om de wilsbekwaamheid kritisch te beschouwen. Verder onderzoek zou zich kunnen richten op hoe de wilsbekwaamheid wordt beoordeeld in aanloop naar de euthanasie en hoe de RTE dit toetst.

Sterke en zwakke punten

De voornaamste kracht van dit onderzoek is dat de online RTE-oordelen een kwantitatieve analyse naar euthanasie mogelijk maken. De oordelen behoren daarmee tot één van de weinige toegankelijke bronnen in de wereld over dit onderwerp. Daarbij maakt het feit dat er in de loop van

de jaren een aanzienlijk aantal oordelen gepubliceerd is voor het eerst longitudinale vergelijking mogelijk.

De belangrijkste zwakte van deze studie is de aard van de online RTE-oordelen. Deze zijn niet primair bedoeld voor wetenschappelijk onderzoek, maar ter voorlichting en als aanzet tot maatschappelijk debat. Dit leidt tot een selectiebias waarbij alleen de 'opmerkelijke' gevallen worden gepubliceerd. De oordelen zijn ook sterk gecondenseerd, wat leidt tot verwatering van de subtiële en genuanceerde beschrijving van complexe psychiatrische problemen. Vooral de beschrijving van persoonlijkheidsstoornissen bleef onduidelijk.

Daarbij is de publicatiepraktijk veranderd tussen het onderzoek door Kim e.a. en onze analyse. Als resultaat daarvan is een aanzienlijk kleiner aantal psychiatrische zaken gepubliceerd (63% versus 22%). Al met al is zinvolle statistische analyse op basis van deze data niet mogelijk, een feit waarmee men rekening moet houden bij de vergelijkingen tussen de studies.

CONCLUSIE

Het doel van deze studie is inzicht verkrijgen in patiëntenkenmerken en artsenbetrokkenheid bij euthanasie op basis van psychisch lijden. Hiervoor analyseerden we rapporten die in de periode 2015-2017 online werden gepubliceerd door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Deze laten zien dat relatief veel vrouwen, van verschillende leeftijden, met complexe en chronische psychiatrische problemen sterven door euthanasie. Dit onderzoek draagt bij aan het schaarse kwantitatieve empirische onderzoek dat beschikbaar is over psychiatrische euthanasie.

Toekomstig onderzoek kan zich richten op een completer overzicht van deze patiëntengroep, het proces dat leidt tot euthanasie en de toetsing die hierop volgt. Een voor de hand liggende opzet is om rechtstreeks de RTE-dossiers te bestuderen die ten grondslag liggen aan de online gepubliceerde oordelen. Deze zijn vooralsnog niet toegankelijk voor onderzoek.

NOOT

1 Dit artikel werd eerder gepubliceerd in *Journal of Ethics in Mental Health* (5 oktober 2018, in special theme issue: II. Medical assistance in dying; <https://jemh.ca/issues/v9/theme2.html>) met als titel 'Euthanasia of Dutch patients with psychiatric disorders between 2015 and 2017'. Afgedrukt met toestemming.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, text revision (DSM-IV-TR). Washington: APA; 2000. p. 739-41.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington: APA; 2013.
- Appelbaum PS. Should mental disorders be a basis for physician-assisted death? *Psychiatr Serv* 2017; 68: 315-7.
- CBS. 1894 suicides in 2016. <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2017/26/1-894-suicides-in-2016>
- Doernberg SN, Peteet JR, Kim SYH. capacity evaluations of psychiatric patients requesting assisted death in the Netherlands. *Psychosomatics* 2016; 57: 556-65.
- Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ, e.a. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *New Engl J Med* 1997; 336: 1795-801.
- Kim SYH, De Vries RG, Peteet JR. Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 362.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Utrecht: NVVP; 2018.
- Onwuteaka-Philipsen BD, Legemaate J, van der Heide A, van Delden H, Evenblij K, El Hammoud I, e.a. Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZonMw; 2017.
- Peters M. Jaarverslag 2016. Den Haag: Levenseindekliniek; 2016. <http://www.levenseindekliniek.nl/jaarverslag-2016/>
- Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. EuthanasieCode 2018. Den Haag: RTE; 2018.
- Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Uitspraken over psychiatrische aandoeningen. 2017. <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/psychiatrische-aandoeningen/documenten>
- Staaik K van der. In the Netherlands, the doctor will kill you now. *Wallstreet Journal* 2017 July 20). <https://www.wsj.com/articles/in-the-netherlands-the-doctor-will-kill-you-now-1500591571>

SUMMARY

Euthanasia of Dutch psychiatric patients in 2015-2017

S.M.P. VAN VEEN, F.W. WEERHEIM, M. MOSTERT, J.J.M. VAN DELDEN

- BACKGROUND** The Netherlands is one of the few countries in the world that allows euthanasia and assisted suicide (EAS) due to psychiatric suffering.
- METHODS** In 2015-2017 the Dutch regional euthanasia review committees published 43 case summaries online. Of these, 35 were suitable for analysis regarding patient characteristics and physician involvement, and 3 cases were described in detail.
- RESULTS** In total, 77% of the patients were women and 51% were aged 50-70 years. Major depression disorder and personality disorders were present in almost half of the patients. All patients were considered mentally competent.
- CONCLUSIONS** Although the incidence of psychiatric EAS cases is rising, we found no shift in patient characteristics. The division between psychiatric and somatic suffering may prove more complicated than expected. Patients dying from suicide differ in various ways from patients dying through EAS. The fact that all patients are considered competent could mean that they are unjustly seen as being vulnerable or that the competence assessment lacks due diligence.

TJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)4, 241-247

KEY WORDS assisted suicide, euthanasia, psychiatry, the Netherlands, verdicts