

Euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten: onderwijs nodig, ook voor psychiaters

A. VELLINGA



Elders in dit nummer beschrijven Penders e.a. (2019) de ervaringen en standpunten van artsen in opleiding tot psychiater (aiosson) betreffende hulp bij zelfdoding en euthanasie en hun bereidheid tot het verlenen hiervan. Dit is een relevant artikel omdat binnen de psychiatrie er steeds meer verzoeken worden gedaan om euthanasie en deze ook steeds vaker gehonoreerd worden. Het is ook van belang aandacht te hebben voor de ervaringen van collega's gezien de recent verschenen nieuwe richtlijn betreffende levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis (Corthals e.a. 2018). Overigens is het onderzoek van Penders e.a. uitgevoerd voor het verschijnen van deze richtlijn.

Verschillen aios-psychiater

De aiosson blijken een grotere bereidheid te hebben (73% dan psychiaters (37% in 2016; Onwuteaka-Philipsen e.a. 2017) om euthanasie uit te voeren. Wat een mogelijke verklaring van dit verschil kan zijn, is niet onderzocht. We dienen bij beide bevindingen rekening te houden met de mogelijkheid van selectiebias gezien de mate van respons (47% bij de aiosson en 49% bij de psychiaters, dit overigens in tegenstelling tot het onderzoek uit 1995, waarbij de respons 83% was; Groenewoud e.a. 1997).

De onderzoekers geven zelf als mogelijke verklaring voor het verschil tussen de bereidheid van aiosson en psychiaters een zekere mate van naïviteit: soms gaan artsen pas echt twijfelen aan de zorgvuldigheidscriteria bij een concrete casus. Overigens vonden zij wel dat meer dan de helft van de aiosson zelf een keer betrokken is geweest bij een verzoek tot levensbeëindiging, dus geheel onervaren waren deze aiosson niet wat betreft concrete verzoeken. Het zou inderdaad verschil kunnen maken als je wel of niet als regiebehandelaar verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoer van een euthanasietraject. Deze gedachte sluit aan bij eerder onderzoek waaruit bleek dat onder de algemene bevolking de grootste bereidheid bestaat, gevolgd door de verpleegkundigen waarna onder artsen in het algemeen de

kleinste bereidheid bestaat om in te gaan op een verzoek om levensbeëindiging (Gielen e.a. 2008).

De bevinding dat een groot deel van de aiosson vindt dat de uitvoering gedaan zou moeten worden door een groep van psychiaters met specifieke expertise komt wellicht ook voort uit de zwaarte van het dragen van de verantwoordelijkheid en het ontbreken van kennis en ervaring. De nieuwe richtlijn benadrukt echter dat in ieder geval de beoordelingsfase gedaan zou moeten worden door de eigen behandelend psychiater. De richtlijn vindt het vanuit moreel en professioneel perspectief niet gepast als patiënten onvoldoende gehoor vinden bij hun behandelend arts, met wie zij een lang bestaande behandelrelatie hebben (Corthals e.a. 2018).

Gesprek aangaan

Het is bemoedigend dat de meeste aiosson niet terughoudend zijn om het gesprek aan te gaan omdat zij vrezen voor een demoraliserende werking (Penders e.a. 2019). Overigens stelt ook de nieuwe richtlijn dat er geen morele of juridische plicht rust op individuele artsen. Om meerdere redenen (professionele, medisch ethische, persoonlijke en situationele) kan een arts zich niet bekwaam achten een verzoek te beoordelen of uit te voeren. Wel heeft elke arts de plicht zorgvuldig om te gaan met een verzoek om levensbeëindiging. Dit betekent ook dat indien een arts principiële bezwaren heeft tegen euthanasie, deze zijn of haar standpunt duidelijk maakt aan de patiënt en de patiënt hulp geeft bij het vinden van een andere arts (Corthals e.a. 2018).

Penders e.a. beschrijven een aantal factoren die samenhangen met de bereidheid van aiosson om euthanasie uit te voeren. Degenen die religieus zijn, tonen minder bereidheid. Verder noemen zij als belangrijke waarden autonomie en bescherming van het leven. De grootste groep aiosson geeft aan dat zij zowel autonomie als bescherming van het leven even belangrijke waarden vinden (en niet één van beide).

Moreel beraad

Laatstgenoemde bevinding geeft volgens mij aan dat we bij de besluitvorming over verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding ons altijd begeven in een zekere complexiteit van afweging van conflicterende waarden. In de richtlijn wordt terecht het belang van moreel beraad genoemd. Moreel beraad neemt de besluitvorming niet over, maar kan wel bijdragen aan beter overwogen besluitvorming, omdat de eigen argumenten kunnen worden verhelderd, en er meer zicht is op zienswijzen en argumenten van alle andere betrokkenen (Corthals e.a. 2018).

Veel aiossen geven aan dat de beoordeling van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden een persoonlijke afweging betreft. En hoewel een persoonlijke afweging zeker een rol speelt, geven de zorgvuldigheidscriteria ook een professioneel normatief kader, dat met meer ervaring ook nog verder kan worden ontwikkeld. Overigens blijkt uit onderzoek dat sommige van deze zorgvuldigheidscriteria, zoals het vaststellen van wilsbekwaamheid, met matige kwaliteit worden toegepast (Vellinga 2018).

Onderzoek en scholing

Aangezien er steeds meer verzoeken zijn tot levensbeëindiging bij mensen met psychische aandoeningen, is het van belang om onderzoek te doen. Op welke wijze komen wij tot besluitvorming en goede zorg, zowel in het ruimte geven voor het lijden, het blijven bieden van perspectief, maar ook in het zorgvuldig omgaan met verzoeken tot levensbeëindiging? Hierbij is niet alleen onderwijs voor de aiossen nodig, maar dienen we onszelf ook te scholen in hoe we op een juiste wijze het gesprek aangaan met patiënten die hun leven willen beëindigen. Kwalitatief wetenschappelijk onderzoek kan helpen om de morele afwegingen te analyseren en ons professioneel normatief kader nader te vormen.

Persoonlijke intervisie en ondersteuning hierin vanuit de instellingen zijn blijvend nodig om te reflecteren op ons eigen handelen in concrete casuïstiek.

LITERATUUR

- Corthals H, Gijsbers van Wijk C, Kerkhof A, Koch L, Legemaate J, Stärcke P, e.a. Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Utrecht: NVvP; 2018.
- Gielen J, van den Branden S, Broekaert B. Attitudes of European physicians toward euthanasia and physician-assisted suicide: a review of recent literature. *J Palliat Care* 2008; 24: 173-84.
- 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. *N Engl J Med* 1997; 336: 1795-801.
- Onwuteaka-Philipsen B, 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 levensbeëindiging. Den Haag: ZonMw; 2017.
- Penders GEM, van Nispen tot Pannerden A, van Loenen G, van de Vathorst S, van der Heijden FMMA. Euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Wat vinden aiossen psychiatrie? *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 248-56.
- Vellinga A. Euthanasie. In: Hein I, Hondius A. (red). *Wilsbekwaamheid in de medische praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.

AUTEUR

ASTRID VELLINGA, psychiater, Mentrum, Wijkteam Oud West, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Astrid Vellinga, Mentrum, Baarsjesweg 224, 1058 AA Amsterdam.
E-mail: astrid.vellinga@mentrum.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-2-2019.

TITLE IN ENGLISH

Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: education needed, also for psychiatrists