

De ‘goede dood’ in de Vlaamse psychiatrie

J. VANDENBERGHE

Het euthanasiedebat leeft ook in de Vlaamse psychiatrie, aangezwengeld door een groeiend aantal verzoeken. De Belgische euthanasiewet kwam iets later tot stand (2002) dan de Nederlandse, maar vertoont hier vele gelijkenissen mee. De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie heeft nog geen richtlijn, zoals de Nederlandse, maar voert wel het debat. Wat wet en richtlijn betreft, loopt Nederland dus voorop. Daar staat tegenover dat de Belgische praktijk van euthanasie bij psychiatrische aandoeningen verder lijkt te zijn. Uit de bijdrage van De Boer en Oei (2011) elders in dit nummer blijkt hoe uitzonderlijk de praktijk is in Nederland. Ook het laatste Nederlandse jaarverslag (2009) van de regionale toetsingscommissies euthanasie meldt: ‘De commissies ontvingen in 2009 geen meldingen van hulp bij zelfdoding bij patiënten vanwege psychiatrische problematiek.’

Meer meldingen in België Dat is in België wel even anders. Van 2004 tot 2007 werden in totaal 18 gevallen van euthanasie bij ‘neuropsychiatrische aandoeningen’ gemeld, de categorie die de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie hanteert in haar tweejaarlijkse verslagen. In 2008 alleen steeg dit aantal tot 13 en in 2009 tot 21. In de periode 2004-2009 gaat het dus om 52 geregistreerde gevallen van euthanasie wegens ondraaglijk lijden door neuropsychiatrische aandoeningen. Uit de beperkte details van de verslagen blijkt dat de meerderheid van deze 52 gevallen werd uitgevoerd bij nog wilsbekwame patiënten met neurodegeneratief lijden (vooral ziekte van Huntington en Alzheimer). Bij de psychiatrische diagnoses worden therapieresistente depressie en psychose genoemd. Deze cijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting aangezien

slechts de helft van de gevallen van euthanasie gemeld wordt (Smets e.a. 2010). Mogelijk ligt het meldingspercentage voor euthanasie wegens psychiatrische aandoeningen wel hoger: de onderrapportage was het grootst bij korte verwachte levensduur (Smets e.a. 2010).

De Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie beschrijft dat ‘neuropsychiatrische aandoeningen (...) het voorwerp [uitmaken] van een uiterst grondig onderzoek om er zeker van te zijn dat de wettelijke voorwaarden – in het bijzonder de geldigheid van het verzoek –, werden nageleefd’. Uiteindelijk is volgens de verslagen bij geen enkele van de 52 geregistreerde gevallen van euthanasie bij neuropsychiatrische aandoeningen de evaluatie of toetsing problematisch.

Waarschijnlijk de grootste reeks euthanasieverzoeken wegens primair psychiatrische problematiek werd beschreven door L. Thienpont (schriftelijke mededeling 2011). Van de 50 patiënten met een euthanasieverzoek (oktober 2007-oktober 2010) waren er begin 2011 16 overleden door euthanasie en 3 door suïcide. Van de 50 verzoekers waren 40 vrouwen en 31 van de 50 waren 40-60 jaar oud. Als de 2 belangrijkste diagnostische categorieën waren genoteerd persoonlijkheidsstoornissen en depressie. Eetstoornissen, psychotische, dissociatieve, somatoforme en middelengerelateerde stoornissen werden elk slechts enkele keren gediagnosticeerd. Autismspectrumstoornissen bleken bij psychodiagnostisch onderzoek wel vaker onderliggend of comorbide aanwezig. Ook bij andere psychiaters komen veel van de euthanasieverzoeken van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Hulp bij zelfdoding In tegenstelling tot de Nederlandse euthanasiewet regelt de Belgische wet hulp bij zelfdoding niet expliciet. De Orde der Geneesheren (advies Nationale Raad 22 maart 2003) en de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie stellen hulp bij zelfdoding in aanwezigheid van een arts wel gelijk aan euthanasie, mits dezelfde zorgvuldigheidsvereisten en wettelijke criteria nageleefd worden. De (betwistbare) argumentatie van de commissie is dat de wet niet voorschrijft hoe de euthanasie moet worden toegepast. Bij gebrek aan expliciete wettelijke regeling en jurisdictie blijft de status van medisch geassisteerde zelfdoding juridisch echter onzeker in België.

Hoewel euthanasie uitgevoerd door de arts dus de regel is, verkiezen vele Vlaamse psychiaters toch de procedure van hulp bij zelfdoding volgens bovenstaande modaliteiten, zoals in Nederland. De patiënten zijn immers over het algemeen fysiek in staat zelf een middel in te nemen of een infuuskraantje open te draaien. Deze handeling zelf uitvoeren is bovendien een ultieme proeve van de overtuiging te willen sterven. Ethisch en emotioneel is er voor vele artsen ook een wezenlijk verschil tussen zelf de letale handeling uitvoeren en hulp bieden aan een patiënt die deze verricht.

Dit is een belangrijk argument als we de zorg voor onszelf, collega's en teamleden serieus nemen in deze thematiek, die nog zwaarder weegt dan ons dagelijks klinisch werk. Grotere rechtszekerheid door een expliciete wettelijke regeling van hulp bij zelfdoding in de euthanasiewet is dus wenselijk. Het is overigens paradoxaal dat een wet die zich beroept op het zelfbeschikkingsrecht en de autonomie van de patiënt op het ultieme moment toch de arts het laat overnemen.

Paradoxen Dit is niet de enige paradox die euthanasie oproept. Er is de paradox tussen de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke, die ons naar gedwongen maatregelen doet grijpen als een patiënt suïcidaal is, en de euthanasiewet, die ons toelaat deze patiënt te helpen sterven. In theorie hoeft er geen tegen-

stelling tussen beide te zijn: in het eerste geval is de doodswens een symptoom, een uiting van de ziekte logica; in het tweede geval is de doodswens een weloverwogen keuze vanuit wilsbekwaamheid. De praktijk blijkt echter zelden zo helder.

En er is de paradox van autonomie en verbondenheid. De euthanasiewet mag dan wel geïnspireerd zijn door een uitgesproken autonomiedenken, voor patiënten is de motivatie vaak meer met verbondenheid verweven: niet alleen willen sterven, de goede dood als een goed afscheid, als een vaak lang en pijnlijk maar waarde- en betekenisvol proces van loslaten en losgelaten worden.

De Boer en Oei schrijven terecht: 'Uitzichtloosheid betekent (...) niet per se dat alle denkbare behandelingsmogelijkheden zijn uitgeput, maar slechts de behandelingsmogelijkheden die de patiënt kan verdragen.' Maar ook dit geeft aanleiding tot het paradoxale gegeven dat de voorwaarden (voorgaande behandelingen) voor bijvoorbeeld diepe hersenstimulatie strikter en dwingender zijn dan die voor euthanasie. Door de uitzichtloosheid te erkennen ondergraaft de psychiater bovendien een van zijn belangrijkste therapeutische middelen: de hoop en de gerichtheid op het leven. Is het niet onze taak de hoop levend te houden, ook – en vooral – wanneer de patiënt dit zelf niet meer kan (zien)? Echter: weten dat euthanasie mogelijk is, kan misschien antisuïcidaal werken en soms mogelijk maken dat de patiënt (even) weer in het leven verder kan. Als we als psychiater onvoorwaardelijk de positie van het leven innemen tegenover onze patiënten dreigen we te polariseren en hen juist te (ver)sterken in hun doodswens.

Meer nog dan de wilsbekwaamheid lijkt de uitzichtloosheid het meest problematische criterium te zijn bij euthanasieverzoeken wegens psychiatrische aandoeningen. A fortiori bij persoonlijkheidsstoornissen zijn de prognose en zelfs het spontane beloop veel onzekerder dan bij bijvoorbeeld oncologische of neurodegeneratieve aandoeningen. Hebben we niet allemaal patiënten meegemaakt die na ondraaglijke jaren, zelfs decennia met schijnbaar uitzichtloos lijden, toch weer door het leven gegrepen worden?

Maar een euthanasieverzoek is niet alleen een vraag om actie, maar ook betekenisvol materiaal dat de patiënt inbrengt in de arts-patiëntrelatie. De Nederlandse richtlijn expliciteert terecht overdracht en tegenoverdracht. Het antwoord op zo'n verzoek kan nooit alleen formalistisch zijn: 'zijn alle wettelijke criteria vervuld?' Een psychiater begint met actie op te schorten en betekenis en vragen achter de vraag te exploreren.

Maatschappelijk kader Meer of betere ggz zal voor individuele patiënten met een euthanasievraag misschien geen verschil maken. Op maatschappelijk vlak kan euthanasie echter hooguit een sluitstuk zijn van een gezondheidszorg die eerst alle middelen heeft aangewend. Voor de 'lichamelijke' gezondheidszorg kan men misschien verdedigen dat dit sluitstuk aan de orde is. Voor de ggz lijkt dit echter minstens voorbarig. De ggz is – zeker in België – structureel ondergefinancierd en beleidsmatig stiefmoederlijk behandeld. Financiering voor psychiatrisch onderzoek is schaars. Preventie staat nog in haar kinderschoenen. Stigma, gebrek aan openheid en gebrek aan tolerantie voor wat anders is, vragen aangepakt te worden met een consistent beleid. Palliatie is in de ggz nog niet consequent uitgewerkt en vorm gegeven zoals in de algemene geneeskunde. Hopelijk herinnert het euthanasiedebat ons en de beleidsmakers ook aan die prioriteiten.

LITERATUUR

- Boer AP de, Oei TI. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en beschrijving van een recente casus. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 543-50.
- Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Mortier F, Deliens L. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. BMJ 2010; 341: c5174.

AUTEUR

J. VANDENBERGHE is docent aan de KU Leuven en werkt als psychiater-psychotherapeut in UZ Gasthuisberg, UPC KU Leuven en in het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost, Leuven.

Correspondentieadres: prof. dr. Joris Vandenberghe, Liaisonpsychiatrie, UZ Gasthuisberg, Herestraat 49, 3000 Leuven, België.
E-mail: joris.vandenberghe@uzleuven.be.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-7-2011.

TITLE IN ENGLISH The 'good death' in the Flemish psychiatry