

Wachten op de dood: een analyse van de wachtlijst van Expertisecentrum Euthanasie

S.M.P. van Veen, G.A.M. Widdershoven

- Achtergrond** De wachtlijst van Expertisecentrum Euthanasie (EE) in Nederland voor patiënten die op basis van psychisch lijden euthanasie willen, is in korte tijd opgelopen tot twee jaar.
- Doel** Helderheid verkrijgen over de oorzaken en directe consequenties van de wachtlijst van EE en antwoorden formuleren op de vraag: hoe nu verder?
- Methode** Analyseren van de wachtlijst van EE op basis van verschillende mediaberichten, EE-jaarverslagen en wetenschappelijk onderzoeken.
- Resultaten** De EE-wachtlijst is ontstaan doordat enerzijds de vraag naar euthanasie onder patiënten met een psychische aandoening is toegenomen terwijl anderzijds de bereidheid om euthanasie uit te voeren bij psychiaters een dalende trend vertoont. Voor beide ontwikkelingen zijn meerdere oorzaken aan te wijzen. De directe consequentie van de wachtlijst is dat patiënten met een psychische aandoening minder makkelijk toegang krijgen tot euthanasie, wat op zichzelf zowel schadelijke als beschermende gevolgen kan hebben.
- Conclusie** Er zijn grofweg drie wegen vooruit denkbaar: een actievere rol voor de ggz op het gebied van euthanasie, een verdere demedicalisering van het levenseinde of een aanpassing van de aanmeldprocedure van EE. Elk van deze opties heeft potentiële voor- en nadelen.

In september 2020 meldde dagblad *Trouw* dat de wachtlijst van Expertisecentrum Euthanasie (EE, voorheen de Levenseindekliniek) in Nederland voor patiënten met een psychiatrische aandoening twee jaar bedroeg (Van der Wier 2020). Dit is niet de eerste keer dat deze lijst zijn weg naar de media vond; ook in december 2019 werd uitgebreid gerapporteerd dat de wachttijd opgelopen was naar één jaar (NOS 2019). EE krijgt dus meer verzoeken dan ze kan verwerken en roept de geestelijke gezondheidszorg (ggz) op om 'euthanasie serieus te nemen' en om zelf aan de slag te gaan met euthanasieverzoeken (van der Wier 2020). De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Levenseinde (NVVE), de belangenorganisatie van waaruit het EE is ontstaan, gaat verder en benoemt deze situatie als 'volstrekt onaanvaardbaar' en roept op tot een 'deltaplan psychiatrische euthanasie' (NVVE 2020).

Maar voor we als maatschappij grote wijzigingen doorvoeren, moeten we eerst begrijpen hoe deze wachtlijst is ontstaan. Waar komt de toegenomen vraag vandaan? Klopt het dat de ggz euthanasie niet serieus neemt? En is meer aandacht voor euthanasie wel de juiste oplossing? In dit essay plaatsen we de EE-wachtlijst in een bredere context; eerst onderzoeken we de mogelijke oorzaken, aansluitend kijken we naar de potentiële consequenties en ten slotte bekijken we hoe we nu verder kunnen als ggz en maatschappij.

Oorzaken van de wachtlijst

Op basis van verschillende mediaberichten, jaarverslagen en wetenschappelijk onderzoeken wijzen wij drie ontwikkelingen aan die bijdroegen aan het ontstaan van de wachtlijst van EE.

AUTEURS

Sisco van Veen, promovendus, afd. Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam UMC en psychiater, GGZ inGeest.

Guy Widdershoven, hoogleraar Medische filosofie en ethiek, afd. Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam UMC.

Correspondentie

Sisco M.P. van Veen (s.vanveen4@amsterdamumc.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-4-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(10):711-716

Groeiende vraag en beperkt aanbod

Een wachtlijst ontstaat in de regel wanneer de *vraag* groter is dan het *aanbod*. De ontstane situatie bij EE vormt hierop geen uitzondering. Als we kijken naar de jaarverslagen van EE zagen we inderdaad dat het aantal psychiatrische verzoeken toenam met 28% tussen 2018 en 2019 (van 640 naar 822 patiënten) (Jaarverslagen EE 2018 en 2019). In 2020 daalde het aantal aanmeldingen weer naar 708 (een daling van 14%), wat mogelijk het begin van een nieuwe trend kan zijn.

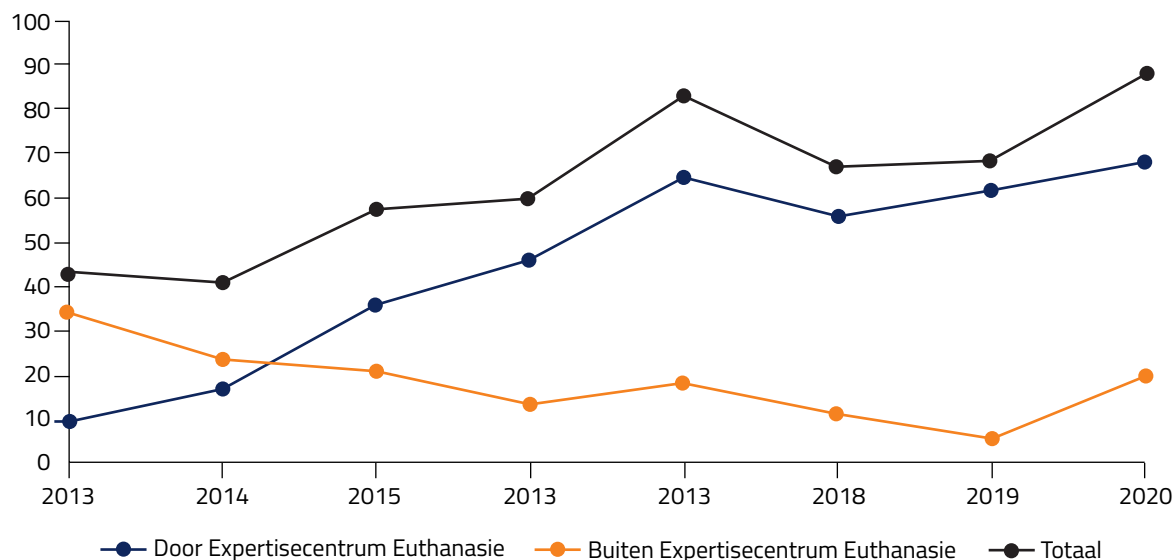
Tegenover de stijgende vraag staat een licht dalend aanbod: het aantal psychiaters werkzaam bij EE daalde van 8 naar 7 tussen 2018 en 2020 (Jaarverslagen EE 2018 en 2020). Daarbij heeft EE in 2020 enkele maanden geen patiënten gezien vanwege de coronamaatregelen.

De situatie bij EE volgt een bredere maatschappelijke trend, waarbij de acceptatie van, en daarmee de vraag naar, euthanasie stijgt, terwijl de bereidheid om deze

uit te voeren bij artsen gelijk blijft dan wel daalt (Heins e.a. 2019). Dit geldt dus voor euthanasie op basis van alle ziekten, maar onderzoek laat deze trends ook in de psychiatrie zien. Zo legden Onwuteaka-Philipsen e.a. (2017) in 2010 en 2016 een vignet voor aan een steekproef van de algemene bevolking met daarin een beschrijving van een vrouw die hulp bij zelfdoding kreeg vanwege een chronische depressie. In 2010 bleek dat 28% van de bevolking dit handelen 'juist' vond en in 2016 steeg dit aantal naar 40%.

Ondertussen lijken we aan de kant van de psychiaters juist toenemende weerstand te zien. Vragenlijstonderzoek laat zien dat in 2016 63% van de Nederlandse psychiaters het ondenkbaar vond om ooit mee te werken aan een euthanasieverzoek; dit is een stijging ten opzichte van 1995, toen 53% dit vond (Onwuteaka-Philipsen e.a. 2017). Een andere aanwijzing in de richting van groeiende weerstand in de reguliere ggz is dat EE tussen

Figuur 1. Aantal uitgevoerde euthanasieën op basis van psychisch lijden in Nederland, opgedeeld in de gevallen uitgevoerd door Expertisecentrum Euthanasie en daarbuiten



2012 en 2019 elk jaar een hoger percentage van het totale aantal euthanasieën op basis van psychisch lijden voor zijn rekening nam, met 91% van alle uitvoeringen in 2019 als voorlopig hoogste cijfer. 2020 is in deze zin mogelijk een schakeljaar, omdat dit jaar een duidelijk hoger percentage buiten EE werd uitgevoerd. (figuur 1) (Kammeraat & Kölling 2020; van Veen & Widdershoven 2020).

Redenen voor toenemende vraag bij patiënten

Hoewel structureel onderzoek en sluitende antwoorden niet beschikbaar zijn, kunnen we globaal twee (elkaar niet uitsluitende) redenen geven voor het stijgende aantal euthanasieverzoeken.

Ten eerste is het mogelijk dat er de afgelopen jaren meer mensen bij zijn gekomen die ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden. Deze aanname lag impliciet aan de basis van de hypothese van hoogleraar Jim van Os (2017) dat de stijging van euthanasieverzoeken veroorzaakt werd door de ‘verwaarlozing van de ggz’. Onderzoek naar verslagen van de regionale toetsingscommissies euthanasie geven hier echter geen aanwijzingen voor (van Veen e.a. 2018).

Ten tweede is het mogelijk dat er altijd al een groep bestond met uitzichtloos en ondraaglijk psychisch lijden die euthanasie niet als reële optie zag of kende, maar daar nu anders over is gaan denken. De brede maatschappelijke aandacht voor dit thema de afgelopen jaren heeft mogelijk bijgedragen aan de acceptatie van psychiatrische euthanasie. Zo vertelden verschillende personen met een psychiatrische aandoening in de media over hun euthanasiewens, allemaal met als uitgesproken doel om meer bekendheid te genereren voor de mogelijkheid van euthanasie en de potentiële ernst van psychisch lijden (Willems 2018; Bos 2019; Missler 2020). Maar ook de NVVE is in het publieke domein actief geweest op het vlak van psychiatrische euthanasie en wil bevorderen dat ‘de ruimte die de euthanasiewet biedt gebruikt wordt’ (NVVE 2020).

Redenen voor weerstand bij psychiaters

De euthanasiecijfers van 2020 suggereren dat psychiaters buiten EE inmiddels relatief vaker overgaan tot euthanasie. Echter, waarom er in de voorgaande jaren toch een groeiende weerstand lijkt te zijn ontstaan, is moeilijk te beantwoorden, hoewel hier wel enig onderzoek beschikbaar is om ons op te baseren. Begin 2020 bracht EE een uitgebreid rapport uit op basis van eigen dossieronderzoek (Kammeraat & Kölling 2020). Bij de reguliere behandelaars van 764 patiënten die een verzoek deden bij EE is nagevraagd waarom ze niet zelf zijn overgegaan tot euthanasie: 35% zag nog behandelopties, 12% omdat de patiënt nog in behandeling was, 9% omdat de patiënt niet aan de wetscriteria voldeed, 13% van de verwijzers voelde zich onbekwaam, 3,1% bleek principieel tegen euthanasie (op basis van psychisch lijden) te zijn, 10% verwees omdat ze geen arts waren of geen behandelrelatie hadden met patiënt, bij 18% was

de verwijzreden onbekend. Het zien van behandelopties blijkt dus een belangrijke reden voor psychiaters om niet mee te werken aan euthanasie.

Een systematische review van de literatuur over het ontbreken van behandelopties en uitzichtloosheid toont dat er verschillende redenen zijn waarom psychiaters twijfelen over dit punt (Van Veen e.a. 2020).

Ten eerste worden zowel de aard van psychisch lijden als de aard van psychiatrische behandelingen gezien als belangrijke redenen voor onzekerheid over uitzichtloosheid. Psychiaters lijken hiermee te worstelen en vinden medewerking aan euthanasie daarom ingewikkeld.

Ten tweede worstelen psychiaters met het feit dat patiënten behandelingen weigeren. Zij vragen zich af: is het lijden wel uitzichtloos als een patiënt een mogelijk curatieve behandeling afhoudt?

Ten derde is een veelgebruikt argument dat het houden van hoop een essentiële therapeutische basishouding is. Psychiaters lijken in de praktijk inderdaad moeite te hebben met het opgeven van hoop, wat mogelijk bijdraagt aan de vele verwijzingen naar EE. De vraag is natuurlijk of dit erg is: de vaste psychiater richt zich in deze situatie op het houden van hoop, terwijl EE zich richt op het beoordelen van de euthanasiewens.

Maar deze klinische argumenten lijken tijdloos en bieden daarom nog geen verklaring voor de ogenschijnlijk groeiende weerstand onder psychiaters in een maatschappij die steeds toleranter wordt ten aanzien van euthanasie. Verschillende verklaringen zijn hiervoor denkbaar.

Ten eerste is het mogelijk dat de ‘service’ die EE biedt heeft geleid tot toenemende afstand van euthanasie bij regulier werkende psychiaters. EE is zeer toegankelijk, in ieder geval voordat de wachtlijsten opliepen. Zo kunnen patiënten zichzelf bijvoorbeeld aanmelden en hoeft de psychiater alleen aanvullende informatie te sturen. Het is mogelijk dat psychiaters de gang naar EE als oplossing zagen voor een anders complex en tijdrovend proces.

Ten tweede is het denkbaar dat artsen terughoudender zijn geworden aangaande euthanasie nadat het Openbaar Ministerie in 2018 vijf strafrechtelijke onderzoeken heeft ingesteld naar artsen die euthanasie uitvoerden. Let wel: dit waren allen geen psychiaters (Kreulen & Visser 2018).

Ten derde kan het zijn dat psychiaters de afgelopen jaren vaker serieuze euthanasieverzoeken hebben gekregen en op basis van deze ervaring hebben geconcludeerd dat euthanasie uitvoeren voor hen geen optie is. Anders gezegd: mogelijk maakt *bekend* in dit geval *onbemand* (Penders e.a. 2019).

Ten vierde is het denkbaar dat de maatschappelijke druk die op psychiaters gelegd wordt om euthanasie uit te voeren leidt tot meer weerstand. De principiële keuze om euthanasie uit te voeren dient bij uitstek in volledige vrijheid gemaakt te worden. Mogelijk dat psychiaters externe druk ervaren om ‘kleur te bekennen’ en dan bij twijfel toch maar tegen euthanasie kiezen.

Consequenties van de wachtlijst

Wat de oorzaken ook zijn, de wachtlijst van EE is op dit moment een realiteit en daarom is het ook belangrijk om te kijken naar de potentiële consequenties ervan. We bespreken er vier.

Ten eerste benoemen EE en de NVVE dat patiënten met een psychiatrische aandoening op dit moment toeneemend worden benadeeld. Vanuit een gelijkwaardigheidsprincipe kan het namelijk als problematisch gezien worden dat de toegang voor euthanasie op basis van psychisch lijden slechter is dan voor somatisch lijden (NVVE zij). In deze denktrant worden patiënten met een wilsbekwame doodswens ten gevolge van een psychiatrische aandoening belemmerd in hun autonome keuze om te sterven.

Tegen dit argument kan men inbrengen dat het volledig gelijkstellen van somatische en psychiatrische euthanasie onvoldoende rekening houdt met de verschillen die er wel degelijk bestaan. Ook kan men zeggen dat euthanasie niet per se nodig is om het zelfbeschikkingsrecht uit te oefenen, zelfdoding is in dat geval ook een optie (Cowley 2013). Deze argumentatie doet echter weinig recht aan het leed dat geregeld aan een suïcide voorafgaat in de vorm van eenzaamheid en machteloosheid bij de patiënt en de schade die een (gewelddadige) suïcide kan doen aan de omgeving en in het bijzonder de nabestaanden. Onderzoek naar verschillen in rouwverwerking na zelfdoding en euthanasie moet hier meer helderheid over brengen (ARQ Kenniscentrum Traumatische Rouw 2020).

Dit laatste argument sluit ook aan bij een tweede, door de NVVE geopperde, consequentie van een groeiende wachtlijst: dit zou kunnen leiden tot meer 'gewelddadige suïcides' (NVVE 2020). Er is nog geen onderzoek beschikbaar dat deze uitspraak ondersteunt. Wel blijkt uit het eerdergenoemde EE-rapport dat 10 hulpvragers zich de afgelopen jaren suïcideerden terwijl ze op de wachtlijst stonden. Dit is op basis van 1308 onderzochte dossiers, wat een representatieve steekproef is van 37% van alle psychiatrische EE-dossiers (Kammeraat & Kölling 2020). De vraag blijft echter of deze suïcides voorkomen had kunnen worden door snellere behandeling van het euthanasieverzoek en/of deze hulpvragers in aanmerking waren gekomen voor euthanasie.

Een derde, vaak door EE genoemde, nadelige consequentie is dat door de wachtlijst minder patiënten toegang krijgen tot de zorg die zij bieden. Achter dit argument ligt de klinische observatie dat een traject bij EE kan leiden tot nieuwe hoop en behandelmotivatie. Dit wordt ook bevestigd door eigen dossieronderzoek van EE eerder dit jaar: van het totale aantal onderzochte aanmeldingen trok ongeveer 20% van de patiënten zich terug gedurende het traject, van deze groep deed 34% dit al na het eerste gesprek met een psychiater. De belangrijkste redenen hiervoor waren dat de doodswens was verbleekt of dat de aanvrager nog in behandeling ging (Kammeraat & Kölling 2020).

Ten slotte kan de wachtlijst ook als positieve consequentie hebben dat ze meer bedenktijd biedt voor de aanvragers. Dit staat ook benoemd in het EE-rapport van 2020: *'De ervaring heeft in de loop van de jaren geleerd dat de wachtlijst ook een functie heeft. De hulpvrager zal nog eens goed kunnen nadenken over zijn verzoek en er zal blijken of er daadwerkelijk sprake is van een consistent verzoek.'* (Kammeraat & Kölling 2020). De vraag is of de effectiviteit van deze 'bedenktijd' toeneemt of afneemt bij een langer wordende wachttijd, maar een redelijke aanname is dat twee jaar wachten te lang is.

Hoe nu verder?

Op basis van onze beschouwing blijft de belangrijkste vraag: hoe nu verder? Er zijn globaal drie wegen vooruit denkbaar, met elk potentiële voor- en nadelen. We kunnen meer aandacht organiseren voor euthanasie in de reguliere ggz, verdere demedicalisering van het levenseinde accepteren dan wel nastreven, of de wachtlijst als natuurlijke grens zien.

Meer aandacht voor euthanasie in ggz

Een logische weg vooruit is dat de ggz de oproep van de NVVE en EE ter harte neemt en gaat investeren in eigen expertise op het gebied van euthanasie. Dit zou tevens in lijn zijn met het advies van de commissie die in 2018 de euthanasierichtlijn herzag in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (Gijsbers van Wijk 2018).

Er zijn verschillende acties mogelijk om euthanasie meer in de reguliere ggz te laten plaatsvinden. Allereerst kunnen de ggz en de NVvP meer investeren in onderwijs over euthanasie. Hiervoor kan men een reeds door het Amsterdam UMC ontwikkelde onderwijsmodule gebruiken (Ettema & Ruissen 2017), maar ook EE biedt nascholing aan (<https://expertisecentrum euthanasie.nl/nascholing/>). Ook kunnen ggz-instellingen overwegen om een psychiater aan te stellen als euthanasieconsulent of om intervisiebijeenkomsten over dit onderwerp te stimuleren.

Euthanasie op basis van psychisch lijden blijft een zeldzame gebeurtenis en in een sector die kampt met voortdurende schaarste zijn er andere belangrijke dossiers die om aandacht en investering vragen, denk bijvoorbeeld aan de wachtlijsten voor reguliere zorg, de stroef lopende ambulantisering of de preventie van ruim 1800 suïcides per jaar.

Daarom willen wij benadrukken dat er ook al zonder substantiële koerswijzigingen of investeringen verandering mogelijk is. Zo lijken de EE-cijfers van 2020 te suggereren dat er al een verschuiving gaande is waarbij de ggz vaker zelf euthanasie uitvoert. Dit hangt mogelijk samen met de bevinding dat jongere psychiaters meer open lijken te staan voor euthanasie (Penders e.a. 2019). Maar ook nu al kunnen psychiaters die zelf geen euthanasie willen uitvoeren de patiënt helpen door het euthanasieverzoek serieus te nemen en als uiting van ernstig lijden te beschouwen. Het verzoek vormt dan

aanleiding voor gesprekken over behandelbaarheid en de teleurstelling die vaak bij patiënten met therapie-resistente stoornissen bestaat. Het verzoek kan tevens als aanleiding dienen voor een tweede mening bij een expert waarbij de diagnose en behandelmogelijkheden zorgvuldig worden beschouwd. Dit alles kan eventueel plaatsvinden terwijl de patiënt op de EE-wachlijst staat. Mogelijk heeft dit als bijkomend voordeel dat een aantal patiënten alsnog herstelt en het euthanasieverzoek intrekt, zoals we nu ook bij EE zien.

Demedicaliseren van levenseinde

Euthanasie is in Nederland nog altijd een (uitzonderlijke) medische handeling en is sterk afhankelijk van artsen die deze willen uitvoeren. De situatie waarbij het lijkt dat psychiaters minder bereid zijn om euthanasie uit te voeren terwijl de vraag bij patiënten toeneemt, kan katalyserend werken voor verdere demedicalisering van het zelfgekozen levenseinde. Dit kan op termijn ook weer ertoe leiden dat euthanasie minder gewild wordt, wat weer verkorting van de wachtlijst kan betekenen. Zelfdoding zonder tussenkomst van een hulpverlener is geen nieuw fenomeen, onder andere Coöperatie Laatste Wil probeert al jarenlang volledige zelfbeschikking te bewerkstelligen door het beschikbaar maken van een zelfdodingsmiddel dat mensen op een zelfgekozen moment kunnen innemen (een concept dat ook wel bekend staat als 'de pil van Drion'; <https://laatstewil.nu/organisatie/>). Deze ontwikkeling kunnen we als zorgelijk zien, omdat het een bekend gegeven is dat brede toegankelijkheid van gevaarlijke middelen kan leiden tot meer impulsieve suïcides (Yip e.a. 2012).

Ook een organisatie als Stichting de Einder richt zich op een gedemedealiseerd levenseinde. Bij deze stichting werken levenseindeconsulenten, veelal zonder medische achtergrond, die mensen na enkele gesprekken richting een zelfdodingsmiddel wijzen. Op hun website valt te lezen dat ze (jonge) patiënten met een psychiatrische aandoening expliciet tot hun doelgroep rekenen (<https://www.deeinder.nl/>).

Dit alles gebeurt dus grotendeels buiten het zicht van de reguliere ggz en staat mogelijk op gespannen voet met de ambitieuze doelen voor suïcidepreventie die de sector zichzelf stelt. Zorgwekkend is dat er, voor zover bekend, geen tot weinig aandacht is voor zaken als wilsbekwaamheid of behandelbaarheid van lijden bij dit soort consultaties. Een maatschappelijk gesprek over hoe om te gaan met het levenseinde lijkt nodig om deze ontwikkelingen in goede banen te leiden.

Aanpassing van aanmeldprocedure

Ten slotte is het mogelijk dat de oplossing voor de wachtlijst vooral bij EE zelf gezocht wordt. In deze zienswijze wordt dan aangenomen dat psychiaters in de ggz voldoende aandacht geven aan euthanasie, maar simpelweg vaak tot de conclusie komen dat de patiënt niet voldoet aan de wetseisen. Dat de patiënt aansluitend een consult aanvraagt bij EE is een gevolg van hun aanmeld-

procedure die zelfverwijzing toelaat. Het feit dat ook bij EE meer dan 90% van de aanvragen niet in euthanasie eindigt, wijst in deze richting (Kammeraat & Kölling 2020). EE zou ervoor kunnen kiezen om deze procedure aan te passen, maar dat strookt niet met hun visie dat euthanasie voor ieder toegankelijk dient te zijn die op basis van de wet ervoor in aanmerking komt.

Besluit

Wat de oorzaken mogen zijn en welke weg vooruit we als ggz en maatschappij ook kiezen, de wachtlijst van EE kan in ieder geval gezien worden als aanleiding voor reflectie en dialoog. Op maatschappelijk niveau is een gesprek nodig tussen betrokken partijen, in het bijzonder de NVvP, EE en de NVVE. Maar ook in de spreekkamer dient een gesprek plaats te vinden, om begrip te tonen voor de patiënt die momenteel op de wachtlijst van EE staat en om te kijken welke hulp psychiaters in de tussentijd kunnen bieden.

LITERATUUR

- ARQ Kenniscentrum Traumatische Rouw. Onderzoek rouw na zelfdoding en euthanasie. <https://rouw.arq.org/wetenschappelijk-onderzoek/meedoen-aan-onderzoek/onderzoek-rouw-na-zelfdoding-en-euthanasie>.
- Bos M. 'Veda beslist zelf'. Trouw 25-4-2019.
- Cowley C. 2013. Euthanasia in Psychiatry Can Never Be Justified. A Reply to Wijsbek. *Theor Med Bioeth* 2013; 34: 227-38.
- Ettema E, Ruissen A. Hoe om te gaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding in de psychiatrie? *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 2017; 27(4): 116-21.
- Expertisecentrum Euthanasie. Feiten en Cijfers 2019 (jaarverslag). Expertisecentrum Euthanasie. 2020 in beeld (jaarverslag).
- Gijsbers van Wijk CMT. Aanbiedingsbrief Herziene richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. 2018.
- Heins M, Donker G, Versteeg S, e.a. Ontwikkelingen in het aantal euthanasiegevallen en achterliggende factoren. Utrecht: Nivel; 2019.
- Kammeraat M, Kölling P. Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum Euthanasie. Retrospectieve dossierstudie naar de achtergronden en het verloop van euthanasieverzoeken op grond van psychiatrisch lijden bij Expertisecentrum Euthanasie periode 2012-2018. Den Haag: Expertisecentrum Euthanasie; 2020.
- Kreulen E, Visser M. Arts wordt terughoudend bij euthanasie. Trouw 2-4-2018.
- Missler J. Mirjam (30) krijgt euthanasie voor haar psychisch lijden, en dat is zeldzaam: 'Ik wil niet groots en meeslepend, ik wil normaal'. Trouw 18-9-2020.
- NOS. 'Wachttijd euthanasie psychiatrisch patiënten wordt langer'. 19-12-2019. <https://nos.nl/artikel/2315411-wachttijd-voor-euthanasie-psychiatrisch-patienten-wordt-langer.html>
- NVVE. Informatie over euthanasie bij psychiatrische aandoeningen. NVVE zij. <https://www.nvve.nl/informatie/euthanasie/euthanasiepraktijk/psychiatrische-aandoeningen>.
- NVVE. NVVE wil deltaplan voor euthanasie psychiatrie. 2020. <https://www.nvve.nl/actueel/nieuws/nvve-wil-deltaplan-voor-euthanasie-psychiatrie>.
- Onwuteaka-Philipsen BD, Legemaate J, van der Heide A, e.a. Derde Evaluatie Wet Toetsing Levensbeëindiging Op Verzoek En Hulp Bij Zelfdoding. 2017. (rapport)
- Os J van. Verwaarlozing van de psychiatrie is levensgevaarlijk. NRC 23-8-2017.

- Penders GEM, van Nispen A, van Loenen G, e.a. Euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten; wat vinden aiossen psychiatrie? Tijdschr Psychiatr 2019; 61: 248-56.
- Stichting Levensindekliniek - Feiten En Cijfers 2018. (jaarverslag)
- Veen SMP van, Ruissen AM, Widdershoven GAM. Irremediable psychiatric suffering in the context of physician assisted death: a scoping review of arguments in the literature. Can J Psychiatry 2020; 65: 593-603.
- Veen SMP van, Weerheim FW, Mostert M, e.a. Euthanasia of Dutch patients with psychiatric disorders between 2015 and 2017. Journal of Ethics in Mental Health 2018; 10.
- Veen SMP van, Widdershoven GAM. Euthanasie in de psychiatrie. Ned Tijdschr Geneesk 2020; 164: D4783.
- Wier M van der. Wachtijd voor euthanasieverzoek ggz loopt op: patiënten moeten 2 jaar wachten. Trouw 18-9-2020.
- Willems, I. Aurelia krijgt na acht jaar lijden haar vurig gewenste dood. AD 27-1-18.
- Yip PS, Caine E, Yousuf S, e.a. Means restriction for suicide prevention. Lancet 2012; 379: 2393-9.

SUMMARY

Waiting for death: an analysis of the waiting list of the expertise centre for euthanasia

S.M.P. van Veen, G.A.M. Widdershoven

Background The waiting list of the expertise center euthanasia (EE) in the Netherlands for patients requesting euthanasia on the basis of psychiatric suffering has increased to two years in a short space of time.

Aim Clarity about the causes and direct consequences of the EE waiting list and an answer to the question: what now?

Method We analyzed the EE waiting list based on various media reports, annual reports from the EE and scientific studies.

Results The EE waiting list arose because, on the one hand, the demand for euthanasia among patients with a mental illness has increased, while on the other hand, the willingness to perform euthanasia among psychiatrists appears to be declining. The reasons for both trends seem multifactorial. The direct consequence of the waiting list is that patients with a mental illness have less access to euthanasia, which in itself can also have harmful and protective consequences.

Conclusion The EE waiting list is the result of an increasing number of requests and an apparent decrease in psychiatrists' willingness to perform euthanasia. In response to this situation, roughly three ways forward are conceivable: first the mental health care sector can assign itself a more active role in the field of euthanasia, second a further demedicalisation of the end of life is possible, or third a choice can be an amendment to EE's referral procedure. All of these options have potential pros and cons