

Euthanasie in de ggz: kwalitatief onderzoek naar de mening van psychiaters

M.J. Besjes, S. van de Vathorst

- Achtergrond** Er is een afname in de mate waarin psychiaters zelf bereid zijn om euthanasie of hulp bij zelfdoding uit te voeren. Er is een richtlijn die het doorlopen van verschillende fases van een euthanasieverzoek door de eigen psychiater van de patiënt wenselijk acht. Tegelijk is er een toename in aanmeldingen bij het Expertisecentrum Euthanasie van patiënten met een euthanasieverzoek op basis van psychisch lijden, met een lange wachtlijst als gevolg.
- Doel** Onderzoeken of psychiaters bereid zijn een euthanasieverzoek te onderzoeken en uit te voeren en nagaan welke factoren hierop van invloed zijn.
- Methode** We hielden diepte-interviews met 13 psychiaters, werkzaam bij ggz-instellingen.
- Resultaten** Psychiaters voelden zich onbekwaam in het doorlopen van het euthanasietraject. Ze vonden het onderzoeken van een euthanasieverzoek moeilijk in het kader van hun behandelrelatie en de positie van hoop en perspectief die zij wilden behouden. Psychiaters met ervaringen met de grilligheid van euthanasiewensen hadden een grotere terughoudendheid om euthanasie uit te voeren in de toekomst.
- Conclusie** Het onderzoeken van een euthanasiewens binnen de behandelrelatie vinden psychiaters complex. Er heerst een gevoel van onbekwaamheid, onbekendheid en onervarenheid. Er lijkt een grote terughoudendheid te bestaan tegenover euthanasie door de behandelend psychiater.

In 1994 bepaalde de Hoge Raad in het Chabot-arrest dat hulp bij zelfdoding niet is uitgesloten voor degenen die psychisch lijden.¹ In 2002 stelde de Hoge Raad in het zogenoemde Brongersma-arrest dat dit lijden wel een medische grondslag moet hebben.² In het decennium dat volgde op het in werking treden van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (2002), werden jaarlijks slechts 1 of 2 gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis gerapporteerd.³ Tussen 2011 en 2021 steeg dit van 2 tot 115 gevallen (Jaarverslag 2021 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie; RTE). Uit onderzoek komt naar voren dat psychiaters steeds meer weerstand voelen bij een euthanasieverzoek; zo noemde in 2017 een minderheid van 37% van de ondervraagde psychiaters het 'denkbaar' ooit aan euthanasie mee te werken.³ In 1995 was dat nog 47%.⁴ Expertisecentrum Euthanasie (EE), opgericht in 2012 als Stichting Levensindekliniek, neemt een groot aandeel van de uitvoeringen van levensbeëindiging op basis van psychiatrisch lijden voor zijn rekening. In

2021 werden 83 van de 115 (72%) meldingen bij de RTE wegens psychisch lijden gedaan door een arts van EE (Jaarverslag 2021 RTE). Uit onderzoek blijkt dat EE van 2012 tot eind mei 2018 in totaal 3530 hulpvragen kreeg waarbij het euthanasieverzoek voortkomt uit een psychiatrische aandoening.⁵ De wachtlijst bij EE is inmiddels opgelopen tot twee jaar en er wordt bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangedrongen op een oplossing voor deze lange wachttijd.⁶

Herziene richtlijn

In september 2018 publiceerde de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)⁷ de herziene richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis.⁷ In de richtlijn staat dat het wenselijk geacht wordt dat psychiaters een verzoek tot levensbeëindiging zo veel mogelijk zelf onderzoeken, beoordelen en uitvoeren, beargumenteerd vanuit het feit dat de eigen arts een vaak reeds lang bestaande behandelrelatie heeft, de meest directe informatie heeft over patiënt, voorgeschiedenis, context en toekomstperspectief.

AUTEURS

Maarten J. Besjes, tijdens het onderzoek: arts in opleiding tot psychiater, Pro Persona; thans: psychiater, GGNet.

Suzanne van de Vathorst, bijzonder hoogleraar Kwaliteit van leven in de laatste levensfase en van sterven, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentie

M.J. Besjes (m.besjes@ggnet.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-10-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(2):81-86

In de richtlijn bespreekt men vier fases om te doorlopen bij een verzoek tot levensbeëindiging: de verzoekfase, beoordelingsfase, consultatiefase en uitvoeringsfase.

- In de verzoekfase bespreekt en exploreert de psychiater het verzoek tot levensbeëindiging en wordt er besloten dit verzoek al dan niet verder te onderzoeken. Hierbij wordt tevens beoordeeld of er nog behandelopties zijn.

- In de beoordelingsfase onderzoekt men of het verzoek aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria voldoet, verricht een onafhankelijke psychiater met specifieke deskundigheid op het gebied van de stoornis van patiënt een second opinion en worden familieleden en naasten betrokken.

- In de consultatiefase consulteert men een SCEN-arts of een psychiater met een SCEN-opleiding. Deze beoordeelt of er aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.

- In de uitvoeringsfase vindt de levensbeëindiging plaats, wordt melding gedaan aan de RTE en wordt er nazorg geboden aan familie en naasten.

Mening psychiaters

Er is geen informatie in hoeverre en waarom psychiaters al dan niet bereid zijn de verschillende fases van deze richtlijn te doorlopen. De enige informatie betreft de bereidheid tot uitvoeren.³ Dossieronderzoek van EE laat zien dat de eigen behandelaars van psychiatrische patiënten 'zich onbekwaam voelen' als voornaamste reden aanvoeren het verzoek niet zelf te onderzoeken.⁵

Kortom, in de recent herziene richtlijn van de beroepsgroep acht men het doorlopen van verschillende fases van het euthanasieverzoek door de eigen psychiater van de patiënt wenselijk, maar psychiaters lijken minder bereid euthanasie uit te voeren, en er is een toename in aanmeldingen bij EE van patiënten met een euthanasieverzoek op basis van psychisch lijden.

Zijn psychiaters bereid een verzoek te onderzoeken, ook wanneer zij moeite hebben met de uitvoering? Welke factoren zijn van invloed op de bereidheid van psychiaters om een verzoek tot levensbeëindiging van patiënten

met een psychische stoornis te exploreren en verdere fases van dit traject te doorlopen?

METHODE

Om een passend antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, voerden wij een kwalitatieve studie uit, waarbij we (diepte-)interviews hielden met psychiaters, allen werkzaam bij (grotere) ggz-instellingen. De interviews werden gehouden in de periode november 2020-augustus 2021. We namen 13 interviews af. De hoofdonderzoeker nam alle interviews af. De interviews waren exploratief van aard en sloten aan bij de ervaringen van de geïnterviewde. De interviews werden gehouden op een locatie en tijdstip naar keuze door de psychiaters en duurden één tot anderhalf uur. Zij ondertekenden een *informed consent* formulier voorafgaand aan het interview. De interviews werden woordelijk getranscribeerd door een derde persoon, die inhoudelijk geen verdere betrokkenheid had bij het onderzoek. Uit de laatste drie interviews kwamen geen nieuwe thema's meer naar voren, waarop we concludeerden dat datasaturatie was bereikt en we de inclusie stopten.

De psychiaters werden via e-mail benaderd via het eigen professionele netwerk van de hoofdonderzoeker. Enkele psychiaters weigerden deelname of reactie bleef uit. We streefden naar een goede afspiegeling van de *gemiddelde* psychiater in dienst van een ggz-instelling, dus naar een goede spreiding in patiëntenpopulatie, qua zowel leeftijd als aandoening, een verscheidenheid aan instellingen als ook in de leeftijd van en jaren ervaring als psychiater. We zochten naar een representatieve steekproef. Er was voorafgaand aan de interviews géén kennis beschikbaar over de houding van de desbetreffende psychiater tegenover het onderwerp, noch over diens ervaringen. We maakten gebruik van thematische analyse, om met de interviews te achterhalen welke thema's bij psychiaters spelen rond dit onderwerp, waarbij we rekening hielden met bekende hypothesen.

Er was voor dit onderzoek geen toestemming nodig van een medisch-ethische commissie. Het betrof namelijk geen WMO-plichtig onderzoek.

Data-analyse

De interviews werden in tekst omgezet en vervolgens in verschillende fases gecodeerd. Er was sprake van inductief coderen. Alle relevante fragmenten binnen de interviews werden gecodeerd, waardoor er een codeboom werd gevormd. Deze werd vervolgens verder geanalyseerd, geïnterpreteerd en onderlinge samenhang werd vastgesteld. Voor dit proces gebruikten we ATLAS.ti versie 9.1.50. De dataverzameling en -analyse waren een cyclisch proces zodat volgens ons pilotinterviews niet nodig waren.

Drie interviews werden ook onafhankelijk gecodeerd door een derde onderzoeker, bekend met dit type onderzoek en het betreffende onderwerp, die geen verdere betrokkenheid had bij het onderzoek. De coderingen en de codeboom werden vergeleken en de overkoepelende thema's werden hierin bevestigd. De hoofdonderzoeker en de supervisor doorliepen eenzelfde proces aan het einde van het onderzoek.

RESULTATEN

Kenmerken van de deelnemende psychiaters staan vermeld in **tabel 1**. Zij waren gemiddeld 13 jaar werkzaam als psychiater, allemaal binnen grotere ggz-instellingen. Geen van hen bleek ooit euthanasie of hulp bij zelfdoding verricht te hebben.

Complex

De geïnterviewde psychiaters vonden euthanasie zonder uitzondering een complex thema. Zij hadden ervaren dat de euthanasiewens grillig is, en dat die kan verdwijnen onder invloed van de aandoening of van factoren

die geen directe relatie hebben met een (medische) behandeling (het krijgen van een relatie, woning of werk). Het bepalen van de uitzichtloosheid werd daarom als een zeer moeilijke, voor sommigen onmogelijke, opdracht ervaren.

R: 'Nou soms gaat het beter met mensen gewoon. En ja, de populatie die ik zie, binnen het FACT, zijn er eigenlijk drie dingen die gebeuren waardoor mensen zich beter gaan voelen: ze krijgen een huis, in ieder geval een veilige woonruimte die ze voorheen niet hadden. Dan zie je de klachten naar beneden gaan en zie je mensen beter functioneren. Ze krijgen een relatie. Of ze krijgen een dagbesteding of werk.' (#4)

De psychiaters beschouwden het als hun taak als behandelaar om hoop en perspectief te blijven zien en vonden dit een belangrijke factor in de behandeling. Het doorlopen van een euthanasietraject vonden zij strijdig met hun positie van behandelaar.

R: 'Ja... Ja dat is wel een ingewikkelde, want je bent als behandelaar natuurlijk degene die hoop moet geven en ook, ja je moet hoop geven dat het anders kan. Dat het goed kan komen. En als je dan op een gegeven moment besluit van nou ik ga die vraag ook serieus nemen, dan kan de patiënt dat natuurlijk wel opvatten van nou ja de dokter denkt ook dat het nooit meer goed komt.' (#10)

Dat psychisch lijden een niet-terminale aandoening is, werd eveneens genoemd als complicerende factor. Dat euthanasie definitief is, had een afschrikwekkend effect op psychiaters. Angst voor justitiële gevolgen werd hier ook bij genoemd.

R: 'En het andere ingewikkelde is dat het leven niet vanzelf door de ziekte zou beëindigd zijn, zoals bij een terminale kanker of zo, ja dan heb je het hooguit vervroegd, maar dan weet je: dit loopt af.' (#1)

Behandelrelatie

Uit de interviews kwam naar voren dat psychiaters het hebben van een vaak langer durende behandelrelatie als

Tabel 1. Kenmerken deelnemende psychiaters

Geslacht	Man (n = 5) Vrouw (n = 8)
Gemiddelde leeftijd (uitersten)	49 jaar (31-63)
Gemiddeld aantal jaar psychiater (uitersten)	13 (0,5-30)
Specialisme	Ouderen (n = 3) Bipolaire stoornissen (n = 2) Eetstoornissen (n = 1) Persoonlijkheidsstoornissen (n = 2) Psychotische stoornissen (n = 2) Algemene polikliniek (n = 1) Forensische psychiatrie (n = 1) Lichte verstandelijke beperking (n = 1)
Type contract	Loondienst (n = 10) zzp'er (n = 3)
Gemiddelde omvang dienstverband (uitersten)	31 uur (24-36) per week
Tevens werkzaam in eigen praktijk	N = 3
Eerder euthanasie verricht	N = 0

een complicerende factor beschouwden in het euthanasietraject. Ze vreesden het verzoek niet volledig objectief te kunnen beoordelen of een 'blinde vlek' te hebben.

Daarnaast beschreven zij de emotionele betrokkenheid die de psychiater heeft bij zijn/haar patiënt, en de emotionele belasting die zij verwachten van een uitgevoerde euthanasie, als een grote drempel om tot het uiteindelijke uitvoeren over te gaan.

R: (...) *'Niemand kan denk ik in z'n eentje het leven aan, en dat is natuurlijk vaak deel van de problematiek dat mensen ook niet goed relaties met anderen kunnen aangaan en op anderen durven of kunnen vertrouwen. Je moet als behandelaar daar wel heel veel geduld hebben en vertrouwen uitstralen dat het goed komt. En dat kan je niet als je tegelijkertijd ook de boodschap uitzendt van ja en trouwens euthanasie is ook een optie. Dat kunnen we ook wel onderzoeken.'* (#10)

Bereidheid exploreren/onderzoeken

Sommige psychiaters gaven duidelijk aan bereid te zijn een euthanasieverzoek met een patiënt te exploreren. Sommigen trokken hier de parallel met suïcidaliteitsbeoordelingen en het bespreken van een doodswens in algemenere zin.

R: *'Het is juist goed om het meer onderdeel te maken van het gewone. Net zo goed als dat we bij suïcidaliteit gewoon de woorden gebruiken van ja heb je gedachten aan de dood, heb je wel eens nagedacht over zelfmoord, dat je het benoemt, bespreekt. En dat is met dit niet anders. Dit is onderdeel van ook de suïcidaliteitsbeoordeling. Een euthanasiewens is voor een deel natuurlijk ook een suïcidaliteitsbeoordeling.'* (#1)

Er bestonden duidelijke verschillen tussen psychiaters over de vraag wie het onderwerp ter sprake brengt. Sommigen vonden dat dit aan de psychiater was, anderen vonden dat patiënten dit zelf als onderwerp moesten inbrengen.

R: *'Als dat jouw wens is, die dan ook nog langdurig en consistent moet zijn, dan moet jij ook de eerste stap zetten.'* (#4)

I: *'Er zijn ook wel collega's die zeggen dat het verzoek meer vanuit de patiënt zou moeten komen.'*

R: *'Nee, maar dat is... het is te teer en te schaamtevol en te angstig. Ze lopen er echt alleen mee. We moeten ze helpen en niet er zo alleen mee laten zitten.'*

I: *'Ja dus het initiatief zou veel meer bij de behandelaar moeten liggen.'*

R: *'Ja.'* (#7)

Psychiaters hadden de ervaring dat patiënten zelf de weg wisten te vinden naar het Expertisecentrum Euthanasie en zich daar aanmeldden zonder dat het onderwerp euthanasie in het contact tussen psychiater en patiënt was besproken.

R: *'En dat zijn vaak patiënten die het gevoel hebben toch op de een of andere manier, hoe open je ook er voor probeert te staan, ja je hebt op een gegeven moment een bepaald vertrouwenscontact, je hebt bepaalde behandelaafspraken en dan hebben patiënten vaak zelf ook het gevoel dat ze niet*

ondankbaar willen zijn, of dat het onbespreekbaar wordt, ze durven de vraag niet te stellen. Ze hebben gehoord van de euthanasiekliniek en dan gaan ze daarheen.' (#7)

Bereidheid uitvoering

De bereidheid om euthanasie te verrichten werd gekenmerkt door ambivalentie. Zo waren er psychiaters die aangaven daartoe wel bereid te zijn, mits het casussen zou betreffen die zij niet complex zouden vinden, bijvoorbeeld patiënten met één psychiatrische diagnose zonder comorbiditeit. Anderen gaven aan hiertoe bereid te zijn, maar bedoelden hiermee het proces te doorlopen, maar de uitvoering uit handen te willen geven aan een huisarts of specialist ouderengeneeskunde. Een andere psychiater gaf aan bereid te zijn om euthanasie te verrichten, maar liet zijn/haar patiënten zich aanmelden bij EE om het proces aldaar te doorlopen.

I: *'Zou jij je kunnen voorstellen dat je dat zou doen?'*

R: *'Ik zou het wel heel fijn vinden als de huisarts het doet, maar ik zou er wel bij kunnen zijn. Ja ik zou wel iets afspreken met de huisarts, je bent meestal bij zulke ingewikkelde niet als enige betrokken. [...] Nee, ik zou dan wel liever hebben dat iemand anders het deed.'*

I: *'Waarom?'*

R: *'Omdat ik het eng vind.'* (#10)

Onbekwaamheid

Psychiaters voelden zich niet bekwaam in het doorlopen van het euthanasietraject. Deze onbekwaamheid betrof ook de medische handeling die de uitvoeringsfase met zich meebrengt. Psychiaters voelden zich onbekwaam in het aanleggen van een infuus en het toedienen van (intraveneuze) medicatie. Daarnaast noemden zij ook het 'zorgvuldig doen' van het proces (van euthanasie) of de verslaglegging als zaken waarin zij zich onbekwaam voelden. Zij gaven aan hier te weinig van te weten, er te weinig mee in aanraking te komen en hierover onzeker te zijn.

R: *'Nou dan zou ik me daar echt te ... hoe noem je dat... niet... bekwaam... Bekwaamheid heb ik niet en ik zou dan ook niet zo goed weten hoe ik daaraan zou moeten komen, zonder dat ik daar senioren heb die daar in hun carrière mee bezig zijn geweest om daarover mee te denken. Kijk dan ben je aangewezen op literatuur, internet, misschien wel instanties bellen, dat zou ik echt te dun vinden over dit soort onderwerpen.'* (#9)

Richtlijn

De geïnterviewde psychiaters waren niet goed op de hoogte van de richtlijn.⁷ Ze waren niet op de hoogte van het bestaan ervan, er bestond onduidelijkheid over de rol van een SCEN-arts of ze wisten niet dat de behandelend psychiater zelf euthanasie zou mogen verrichten. Dat er vier fases worden besproken in de richtlijn was bij een minderheid bekend. Het merendeel van de psychiaters wist niet of er instellingsbeleid was aangaande euthanasie. Ook waren psychiaters niet op de hoogte van de bereidheid van collega's binnen of buiten hun eigen instelling.

R: *'In mijn hoofd staat het zo, van dat het zuiverder zou zijn om het niet zelf uit te voeren vanwege die beperkte medische bekwaamheid. En daarom dacht ik dat is sowieso altijd aan de orde dat de huisarts of de SCEN-arts komt thuis met een infuus, op de bank. Dat is mijn beeld. Zo van het is helemaal niet de bedoeling dat je het zelf doet. Dat was mijn beeld.'* (#5)

DISCUSSIE

In de richtlijn over euthanasie van de NVvP staat dat *'de commissie het daarom wenselijk [vindt] dat de eigen arts een verzoek tot levensbeëindiging zoveel mogelijk zelf onderzoekt, beoordeelt en (indien hij zich daartoe voldoende bekwaam acht en er voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen) uitvoert'*. Wij richtten ons onderzoek op de vragen: Zijn psychiaters bereid deze verzoeken inderdaad te onderzoeken en welke factoren zijn van invloed op hun bereidheid om een dergelijk verzoek tot levensbeëindiging te exploreren en eventuele verdere fases van dit traject te doorlopen?

Het is opvallend dat deze groep psychiaters, ondanks hun werk met patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en vele jaren werkervaring in de specialistische ggz, minimale ervaring heeft met dit onderwerp. Ook tijdens hun opleiding zijn weinig psychiaters met dit onderwerp in aanraking gekomen. De gevoelde onervarenheid en onbekwaamheid zijn daarmee begrijpelijk. De kennis van het euthanasietraject en de richtlijn onder psychiaters laat zeker ook ruimte voor verbetering. Het is bij veel psychiaters ook niet bekend of er instellingsbeleid is over euthanasie.

Een opmerkelijke bevinding in ons onderzoek is dat voor psychiaters binnen de ggz juist de emotionele betrokkenheid die zij hebben bij de patiënt een grote drempel is om tot euthanasie over te gaan. Dit in tegenstelling tot huisartsen: bij hen toont onderzoek aan dat juist een arts-patiëntrelatie waarin men elkaar goed kent, respecteert en vertrouwt als steun wordt gezien in het uitvoeren van euthanasie.⁸

Psychiaters vinden het onderzoeken van een euthanasieverzoek ook complex met oog op hun behandelrelatie en de positie van hoop en perspectief die zij willen houden. Psychiaters die dit standpunt hebben, vinden het onderzoeken van een euthanasieverzoek onverenigbaar met de behandelrelatie en deze positie van hoop. Ze sluiten hierbij aan bij Blikshavn e.a. die bang zijn voor een *selffulfilling prophecy* als de hoop op verbetering wordt losgelaten.⁹

Er bestaat dan ook weinig eenduidigheid wie het onderwerp euthanasie ter sprake zou moeten brengen. Sommige psychiaters vinden het bespreken van euthanasiewensen een onderdeel van suïcidepreventie en hanteren hierbij dezelfde aanpak door er actief naar te informeren. Andere psychiaters vinden dat het initiatief om dit onderwerp ter sprake te brengen bij de patiënt ligt, omdat er een boodschap van hopeloosheid en

uitzichtsloosheid vanuit zou gaan als de psychiater hierover zou beginnen. De keerzijde is dat patiënten met een euthanasiewens zich vaak over dit onderwerp niet gehoord voelen in de ggz.¹⁰ De geïnterviewde psychiaters merken op dat patiënten zich vaak zonder medeweten van de behandelend psychiater zelf bij EE aanmelden, ook als zij een langere behandelrelatie hebben, en ook als zij wel openlijk spreken over doodswensen. Het verdient verder onderzoek om na te gaan wat deze patiënten de stap richting EE laat maken.

Terughoudendheid en ambivalentie

Ervaringen met de grilligheid van euthanasiewensen, het verdwijnen ervan, of het onverwachte verbeteren van de kwaliteit van leven door externe omstandigheden leiden tot terughoudendheid om euthanasie uit te voeren in de toekomst. Ook uit literatuur lijkt een verschuiving en verlaging van de bereidheid op te treden als de verantwoordelijkheid van het proces in handen komt te liggen van de psychiater. Zo vonden Vlaamse onderzoekers¹¹ onder Belgische psychiaters dat leeftijd en jaren werkervaring positief geassocieerd zijn met het wensen van een niet-actieve rol in het euthanasietraject. Anderen¹² vonden onder artsen in opleiding tot psychiater (aiosson) een beduidend hoger percentage (73%) bereid euthanasie of hulp bij zelfdoding te verlenen vergeleken met psychiaters. Ook werd hierover geopperd dat het kan zijn dat psychiaters op basis van ervaring met euthanasieverzoeken hebben geconcludeerd dat euthanasie uitvoeren voor hen geen optie is.¹³ Onze bevindingen ondersteunen deze hypothese.


Uit ons onderzoek blijkt daarnaast dat psychiaters onvoldoende op de hoogte zijn van hun eigen ambivalentie en opvattingen over het onderwerp euthanasie. Het is van belang dat psychiaters hun persoonlijke standpunten helder hebben en deze bespreken met hun patiënten. En hoewel de richtlijn stelt: *'[er] wordt van hem verwacht dat hij de patiënt faciliteert in het vinden van een collega zonder principiële bezwaren. Daarvoor dient de arts te beschikken over verwijsmogelijkheden'*, blijken de geïnterviewde psychiaters de bereidheid van hun collega's niet te kennen. In de evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging vond men dat een percentage van 37% van de psychiaters het denkbaar zou vinden om hulp bij zelfdoding te verlenen.³ Sommige psychiaters in dit onderzoek die aangaven bereid te zijn euthanasie te verrichten, zijn dit enkel bij 'niet-complexe casussen', waar vervolgens nooit sprake van lijkt te zijn. Andere psychiaters gaven aan bereid te zijn, maar hiermee bedoelden ze het proces doorlopen; de uitvoering willen ze uit handen geven aan een huisarts of specialist ouderengeneeskunde. Psychiaters vrezen voor de medische handeling die euthanasie verrichten is, waarbij ze niet lijken te weten dat ze hiervoor de hulp van bijv. consultants van EE kunnen inroepen. Dit onderzoek wekt de indruk dat het percentage van 37% een overschatting is van het percentage psychiaters dat euthanasie uiteindelijk zou willen of kunnen verlenen.

Beperkingen

Wegens de kwalitatieve aard van ons onderzoek kunnen we geen kwantitatieve uitspraken doen. We hebben gestreefd naar een representatieve steekproef psychiaters binnen de ggz, waarbij we echter niet kunnen vaststellen of dat voldoende is gelukt. Psychiaters die niet hebben willen deelnemen, hebben we niet actief gevraagd naar hun redenen. De transcripties zijn niet voor feedback teruggestuurd, en we hebben ook geen pilotinterviews gehouden voorafgaand aan het onderzoek. We hebben onze onderzoeksopzet niet prospectief geregistreerd, maar we hebben deze ook niet gedurende het onderzoek aangepast.

CONCLUSIE

Psychiaters hebben verschillende redenen om enkele jaren na de invoering van de richtlijn 'Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis', euthanasieverzoeken niet zelf te onderzoeken en uit te voeren.⁷ Het onderzoeken van een euthanasiewens vinden ze erg ingewikkeld binnen hun behandelrelatie, omdat zij hoop en perspectief houden als een buitengewoon belangrijke therapeutische houding zien. Euthanasie uitvoeren bij een eigen patiënt roept vooral angst op voor een grote emotionele belasting, onder meer door hun emotionele betrokkenheid. Bovendien heerst bij psychiaters in de ggz een gevoel van onbekwaamheid, onbekendheid en onervarenheid rondom euthanasie. Ze zijn slecht op de hoogte van de eerdergenoemde richtlijn. Er lijkt een grote terughoudendheid te bestaan tegenover euthanasie op basis van psychisch lijden door de behandelend psychiater. Een terughoudendheid die groter lijkt dan men in eerder onderzoek heeft gevonden.^{3,14} Ons onderzoek geeft mogelijk een betere afspiegeling van de houding tegenover euthanasie van psychiaters werkzaam in de ggz.

 Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de deelnemende psychiaters die hun tijd beschikbaar hebben gesteld en openlijk hebben gesproken over hun gedachten over dit onderwerp. Rosalie Pronk heeft voor ons enkele interviews gecodeerd en meegedacht over de codeboom.

LITERATUUR

- 1 Hoge Raad 21 juni 1994, nr. 96.972, ECLI:NL:HR:1994:AD2122.
- 2 Hoge Raad 24 december 2002, nr. 00797/02, ECLI:NL:PHR:2002:AE8772.
- 3 Onwuteaka-Philipsen BD, Legemaate J, van der Heide A, e.a. Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZonMw; 2017.
- 4 Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G, e.a. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *N Engl J Med* 1997; 336: 1795-801.
- 5 Kammeraat M, Kölling P. Onderzoeksrapportage Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum Euthanasie. Den Haag: Expertisecentrum Euthanasie; 2020.
- 6 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kamerstuk. dossier 32647, nr. 87.
- 7 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Utrecht: NVvP; 2018.
- 8 Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, e.a. Perspectives of decision-making in requests for euthanasia: a qualitative research among patients, relatives and treating physicians in the Netherlands. *Palliat Med* 2013; 27: 27-37.
- 9 Blikshavn T, Husum TL, Magelssen M. Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. *J Bioeth Inq* 2017; 14: 151-7.
- 10 Pronk R, Willems DL, van de Vathorst S. Feeling seen, being heard: perspectives of patients suffering from mental illness on the possibility of physician-assisted death in the Netherlands. *Cult Med Psychiatry* 2021; 16: 1-15.
- 11 Verhofstadt M, Audenaert K, Van den Broeck K, e.a. Belgian psychiatrists' attitudes towards, and readiness to engage in, euthanasia assessment procedures with adults with psychiatric conditions: a survey. *BMC Psychiatry*. 2020; 20: 374.
- 12 Penders GEM, van Nispen tot Pannerden A, van Loenen G, e.a. Euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten; wat vinden aiossen psychiatrie? *Tijdschr Psychiatr* 2019; 4: 248-56.
- 13 Van Veen SMP, Widdershoven GAM. Wachten op de dood: een analyse van de wachtlijst van Expertisecentrum Euthanasie. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 711-6.
- 14 Pronk R, Evenblij K, Willems DL, e.a. Considerations by Dutch psychiatrists regarding euthanasia and physician-assisted suicide in psychiatry: a qualitative study. *J Clin Psychiatry* 2019; 80: 11-2.

SUMMARY

Euthanasia in mental health care: qualitative study exploring the opinion of psychiatrists

M.J. Besjes, S. van de Vathorst

- Background** There is a decrease in the degree to which treating psychiatrists are willing to perform euthanasia or assisted suicide themselves. There is a guideline that considers it desirable the patient's own psychiatrist takes up the different phases of a euthanasia request. At the same time, there is an increase in applications to the Euthanasia Expertise Center by patients with a request for euthanasia on the basis of psychological suffering, resulting in a long waiting list.
- Aim** To explore whether psychiatrists are prepared to investigate and carry out a request for euthanasia, and to determine which factors influence this.
- Method** We held in-depth interviews with 13 psychiatrists working at mental healthcare institutions.
- Results** Psychiatrists felt incompetent in going through the euthanasia process. They found investigating a request for euthanasia difficult in the context of their therapeutic relationship and the position of hope and perspective they wished to hold. Psychiatrists with experiences with the capriciousness of euthanasia wishes had a greater reluctance to perform euthanasia in the future.
- Conclusion** Investigating a wish for euthanasia within the therapeutic relationship is complex for psychiatrists. There is a feeling of incompetence, ignorance and inexperience. There seems to be a great reluctance to euthanasia by the treating psychiatrist.