

Pitch Medisch Contact event De dokter en de dood 2019

Anne-Marie van Dam

Als psychiater ben ik opgeschoven van “worstelen met” naar “tegen”.

Stelt u zich de jonge vrouw voor, rond de 30 jaar, ernstige traumatisering in de jeugd. Nu complexe PTSS en persoonlijkheidsproblematiek. Laag zelfbeeld, automutilatie, depressieve klachten. Ze heeft al diverse behandelingen gehad. Ze heeft nog een levensverwachting van circa 50 jaar. Ze voldoet aan de criteria voor euthanasie. Wat zeggen we als dokter, als maatschappij bij euthanasie op deze jonge vrouw: inderdaad jouw leven is niet de moeite waard. Is dat niet de ultieme bevestiging van wat ze al haar hele leven over zichzelf voelt en denkt?

Waarom is het voor mij een probleem bij psychiatrische aandoeningen: diagnoses en behandelingen veranderen en verbeteren over de jaren. De wens tot sterven is niet in beton gegoten: een derde van de mensen met psychiatrische ziekten die dood willen, heeft die wens in een later stadium niet meer. Situationele factoren spelen vaak een rol: een nieuwe relatie doet de doodswens smelten als sneeuw voor de zon. Ingewikkelder is de rol van de relatie tussen euthanasievrager en –gever: welke rol speelt hun beider achtergrond, normen en waarden en hun interactie? Intensief contact tussen de barmhartige arts en de patiënt met een doodswens kan tot tunnelvisie leiden waarin de dood de enige uitkomst lijkt voor beiden.

Fundamentele kritiek gaat over de wettelijke criteria om te voldoen aan de euthanasiewens: hoe objectief zijn die vast te stellen bij psychiatrische patiënten? Govert den Hartogh, ethicus, voormalig lid van de regionale toetsingscommissie Euthanasie stelt:

Er is een sluipend proces van uitholling van 2 fundamentele zorgvuldigheidseisen:

- de patiënt lijdt ondraaglijk als hij zegt dat hij ondraaglijk lijdt
- een behandelalternatief is geen redelijk alternatief als de patiënt het afwijst.

Dan blijft over de eis van vrijwillig en weloverwogen, verzoek: de wilsbekwaamheid. Maar ook die is subjectief.

Paulan en ik hebben laatst dezelfde patiënt gesproken: zij vond hem wilsbekwaam, ik niet. Hoe objectief is deze beoordeling?

Als het expertisecentrum Euthanasie zich omschrijft als specialisten in de euthanasiezorg, dan is de insteek dus een ja, tenzij.

Wat mij betreft zouden we het motto van de vorige richtlijn weer in ere moeten herstellen:

Een vraag om euthanasie bij psychiatrische patiënten is een vraag om levenshulp, tenzij....

In deze maakbare samenleving moet ook de dood maakbaar zijn. In hoeverre hebben wij dokters daar verantwoordelijkheid voor bij patiënten met een psychiatrische aandoening.

Jim van Os heeft hierover gezegd:

We moeten ervoor waken dat euthanasie niet de perverse medische oplossing wordt voor onbehandelbaarheid in de GGZ. Euthanasie als medische behandeling, de laatste kans om alsnog te passen in het model van symptoombestrijding.

Als de behandelmogelijkheden uitgeput zijn, houdt onze zorgplicht dan op? Moet hoop op herstel niet onze leidraad zijn? En als er geen hoop meer is op herstel, dan goede psychiatrische palliatieve zorg?

Daarom zeg ik:

“ euthanasie bij psychiatrisch patiënten: niet doen!”