

Eva Nyst

e.nyst@medischcontact.nl

@medischcontact

Herziene richtlijn euthanasie voor psychiatrische patiënten

De nieuwe richtlijn voor euthanasie bij psychiatrische patiënten verduidelijkt de rol van allerlei betrokkenen. 'Hulp bij levensbeëindiging moet geen praktijk van enkelen, maar een dilemma voor velen zijn', zegt Cécile Gijsbers van Wijk, voorzitter van de richtlijncommissie.



Naast de KNMG-richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding hanteren psychiaters al sinds 1998 hun eigen richtlijn. Afgelopen week verscheen de opvolger met de nieuwe titel Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. 'Ook in de psychiatrie zijn er zeldzame gevallen van ondraaglijk en uitzichtloos lijden, waarbij de behandelopties uitgeput zijn', zegt psychiater Cécile Gijsbers van Wijk. Ze zat de multidisciplinaire richtlijncommissie voor, bestaand uit een vertegenwoordiging van psychiaters, psychologen en huisartsen, een ethicus en een jurist.

Voor welke artsen is deze richtlijn bedoeld?

'De richtlijn is geschreven voor alle artsen die geconfronteerd worden met een verzoek tot hulp bij levensbeëindiging op psychiatrische grondslag. Dat zal vaak de psychiater zijn, maar kan ook een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist zijn. De vorige richtlijn concentreerde zich op de psychiater, maar uit de jaarverslagen van de regionale toetsingscommissies euthanasie (RTE) blijkt dat meer specialismen ermee te maken krijgen. In 2016 was van de 60 gemelde gevallen 28 keer de meldende arts een psychiater, 20 keer een huisarts, 1 keer een specialist ouderengeneeskunde en 11 keer een andere arts.'

Wat is er in de nieuwe richtlijn veranderd?

'De richtlijn is verbreed naar andere specialismen maar ook naar het multidisciplinaire team en naar naasten. Wat niet veranderde, is de dubbele consultatie. Een second opinion van een onafhankelijk psychiater, deskundig op het stoornisgebied, blijft nodig naast de beoordeling van de zorgvuldigheidseisen door een SCEN-arts. Daar is lang over gediscussieerd, omdat volgens de wet alleen een SCEN-arts hoeft te worden geraadpleegd. Dat is bij somatische aandoeningen de praktijk en de vraag was of het niet discriminerend is om daarvan af te wijken. Omdat psychiatrische ziekten de

ROOS KOOLE / ANP PHOTO

oordeelsvorming van de patiënt en daarmee de wilsbekwaamheid ernstig kunnen belemmeren, is het complex om te bepalen of de doodswens weloverwogen is of van tijdelijke aard. De doodswens kan deel uitmaken van het ziektebeeld. Daarom handhaven we de second opinion. Wel halen we die naar voren in het traject, om geen onnodige verwachtingen te wekken bij de patiënt en een mogelijk hoopgevend de behandeling snel te starten. Daarbij is het waarschijnlijk ook makkelijker om collega's te vinden met de vraag behandelopties te onderzoeken dan om ze bij een traject te betrekken waarin euthanasie wordt verleend zodra zij geen opties meer zien.'

'Het is niet wenselijk dat enkele psychiaters zich specialiseren in euthanasie'

Hoe staan psychiaters hier tegenover?

'Er is een groep die geen plek ziet voor euthanasie in de psychiatrie omdat de aandoeningen qua beloop onvoorspelbaar zijn en de zorgvuldigheidseisen niet altijd zijn hard te maken. Uit de derde evaluatie van de euthanasiewet blijkt dat 63 procent van de psychiaters afwijzend staat tegenover zelf euthanasie verlenen, in 1995 was dat nog 53 procent. De rest is blijkbaar niet principieel afwijzend. Hulp bij levensbeëindiging moet geen praktijk van enkelen, maar een dilemma voor velen zijn. Tegelijk vindt de commissie die toegenomen terughoudendheid zorgelijk, omdat een steeds groter percentage euthanasie nu door een steeds kleiner aantal psychiaters wordt uitgevoerd. Die zijn

vaak verbonden aan de Stichting Levens-eindekliniek (SLK). Al vanaf de oprichting van de SLK is één op de drie hulpvragers een patiënt met een psychische stoornis. In 2017 voerde de SLK 65 van de 83 levensbeëindigingen op psychiatrische grondslag uit, ruim driekwart. Er zat overigens ook een psychiater van de SLK in de commissie.'

Vraagt de richtlijn om een langdurige behandelrelatie?

'Ook daarover hebben we discussie gehad. We gaan ervan uit dat er meestal een langer bestaande behandelrelatie is, maar het is geen vereiste. Dan zou de SLK patiënten niet meer kunnen helpen en dat vinden we ook weer niet de bedoeling. We vinden het wel belangrijk dat patiënten hun verzoek eerst met hun eigen psychiater kunnen bespreken. Het is niet wenselijk dat enkele psychiaters zich specialiseren in euthanasie, want zij gaan daardoor misschien anders wegen dan psychiaters die er minder vaak mee te maken hebben.'

Wat is het verschil tussen suïcide en euthanasie?

'We hebben – met hoogleraar suïcidepreventie Ad Kerkhof in de commissie – lang gesproken over het onderscheid tussen een doodswens vanuit een stoornis, zoals een diepe depressie, en een weloverwogen verzoek op basis van die depressie. Bij acute suïcidaliteit is dit nog wel te maken: de stoornis heeft dan de patiënt in zijn grip. Maar bij chronische suïcidaliteit vervaagt het onderscheid. Dat vergt expertise. Het idee dat het meer toegankelijk maken van euthanasie suïcides voorkomt, is niet aannemelijk en dat het suïcides aanwakkert ook niet. Maar er is weinig onderzoek beschikbaar. Het aantal suïdepogingen houden we bij, maar het aantal euthanasieverzoeken niet. We kennen alleen het aantal uitgevoerde verzoeken uit de RTE-verslagen. Wel weten we uit de wetsevaluatie dat na een afwijzing van een verzoek 16 tot 22 procent van de patiënten alsnog overlijdt door suïcide. Dit moet dus nauwgezet worden gemonitord.'

Wanneer is een psychiatrisch patiënt uitbehandeld?

'Theoretisch ben je nooit uitbehandeld, er is altijd nog ect (elektroconvulsie-therapie, red.), transcraniële magnetische resonantie enzovoort. Maar dat geldt ook voor de somatiek. Bij recidiverende borstkanker heeft de patiënt de vrijheid om al dan niet te kiezen voor een mama-ampulatie, bestraling en dergelijke. In de psychiatrie is het niet anders. Als je al veel therapieën hebt gehad en er rest er nog één die jaren duurt, dan kan een patiënt zeggen: "Dat breng ik niet meer op." Voor de arts is dat inderdaad een zware beslissing. Daarom is het multidisciplinaire overleg met het team zo belangrijk, zodat een arts niet in zijn eentje staat.' ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.



MEDISCH CONTACT **Live**

6 NOVEMBER
COMPAGNIE-
THEATER
AMSTERDAM

**DE DOKTER EN
DE DOOD 2018**

**AANMELDEN VIA
MEDISCHCONTACTLIVE.NL**