

**Een onderzoek naar hoe de zorgvuldigheidscriteria in de *Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Wtl, euthanasiewet) in de media worden gepresenteerd, in de recente toepassing van euthanasie bij psychiatrische patiënten, in samenhang met ethische en theologische reflectie daarop.**

**Masterthesis, 10-08-2024**

Ernst Wentink, Protestantse Theologische Universiteit in Groningen

M. Theology

Student-nr. 2001225

Supervisor: Prof. Dr. T.A. Boer

Tweede beoordelaar: Prof. Dr. E. Olsman

## **Inhoudsopgave**

### **Hoofdstuk 1 - Inleiding**

1.1 Samenvatting	4
1.2 De onderzoeksvraag	4
1.3 Toelichting op de onderzoeksvraag	4
1.4 Deelvragen	5
1.5 Methode	5
1.6 Positionering	6

### **Hoofdstuk 2 - Euthanasie bij psychiatrische patiënten**

2.1 probleemformulering	7
2.2 medische grondslag	8
2.3 begripsbepaling	8
2.4 de wet en de toetsing	9
2.5 over de druk en de aantallen	10
2.6 de arts-patiëntrelatie	11
2.7 bezuinigingen in de GGZ	12
2.8 Ethiek	13
2.9 Christelijke theologie, ethiek	15
2.10 Tot slot	15

### **Hoofdstuk 3 - Drie zorgvuldigheidscriteria**

3.1 De oordelen van de RTE	16
3.2 Het eerste zorgvuldigheidscriterium: het verzoek om euthanasie moet vrijwillig zijn en weloverwogen	17
3.2.1 Begripsbepaling	17
3.2.2 Wilsbekwaamheid vroeger en nu	18
3.2.3 Hulpmiddelen	18
3.2.4 De psychische functies	19
3.2.5 Ethische aspecten	19
3.2.6 Wilsbekwaamheid in de psychiatrie, in relatie tot psychopathologie	20
3.2.7 Beperkte onderzoeksgegevens	21
3.3 Het tweede zorgvuldigheidscriterium: er moet sprake zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden	21
3.3.1 Begripsbepaling: het lijden	21
3.3.2 Ondraaglijkheid	22
3.3.3 De invloed van de arts-patiënt relatie	23
3.3.4 Uitzichtloosheid	23
3.4 Het vierde zorgvuldigheidscriterium: er is geen redelijke andere oplossing	24
3.4.1 Begripsbepaling: redelijkheid	24
3.4.2 Diagnostiek als noodzakelijke basis	24
3.4.3 De mogelijkheid van weigering	24

3.4.4 ECT: levensreddend of bevestiging van uitzichtloosheid? (als voorbeeld)	25
3.4.5 Andere mogelijke redelijke alternatieven	26
3.5 Tot slot	27
<b>Hoofdstuk 4 - De euthanasiewet en de mediaproducties op televisie</b>	
4.1 Overzicht van mediaproducties	28
4.2 Het vrijwillige en weloverwogen verzoek	31
4.3 Ondraaglijk lijden	34
4.4 Uitzichtloosheid en het ontbreken van een redelijk alternatief	36
4.5 Aanvullende opmerkingen	40
<b>Hoofdstuk 5 - Conclusies en discussie</b>	
5.1 Het verzoek om euthanasie moet vrijwillig zijn en weloverwogen	44
5.1.1 Discussie	44
5.2 Het ondraaglijke lijden	45
5.2.1 Discussie	45
5.3 Uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijk alternatief	46
5.3.1 Discussie	46
5.4 Beperkingen	47
5.5 Aanzetten tot verder onderzoek	47
5.5.1 Binnen het medische model	47
5.5.2 Buiten het medische model	48
5.6 Tot slot	48
Bijlage: lijst van mediaproducties	50
Bibliografie	52

## **Hoofdstuk 1 - Inleiding**

### ***1.1 Samenvatting***

Het gaat in deze master-thesis om de beeldvorming die ontstaat door mediaproducties over euthanasie bij psychiatrische patiënten in Nederland, en over de vraag in hoeverre tussen euthanasie bij deze mensen en de bestaande Nederlandse euthanasiewet spanningen bestaan. Naarmate dit laatste zo is, is de vraag welke factoren hierbij een rol kunnen spelen. Centraal staan de drie voor de interpretatie en vanwege de ethische implicaties cruciale zorgvuldigheidscriteria in de euthanasiewet: vrijwillig en weloverwogen verzoek, ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en de afwezigheid van een redelijk alternatief. Vanwege de onderlinge samenhang wordt uitzichtloosheid samen met afwezigheid van een redelijk alternatief behandeld. De wet is in 2002 van kracht geworden, in de context van fysiek lijden. Het doel van dit onderzoek is bij te dragen aan de dringend noodzakelijke ethisch-theologische discussie, wat de zorg voor de meest ernstig zieke psychiatrische patiënten kan helpen verbeteren.

### ***1.2 De onderzoeksvraag***

De onderzoeksvraag luidt: ‘Op welke wijze komen in recente Nederlandse mediaproducties over euthanasie op grond van psychiatrisch lijden de volgende wettelijke zorgvuldigheidscriteria aan de orde: (1) het vrijwillige en weloverwogen verzoek (inclusief de wilsbekwaamheid), (2) de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden en (3) de afwezigheid van aanvaardbare alternatieven, en, bij elk van deze criteria: welke moreel relevante spanningsvelden levert dit op tegen de achtergrond van het feit dat die criteria zijn ontstaan in en lijken toegesneden op een context van fysiek lijden?’

### ***1.3 Toelichting op de onderzoeksvraag***

Ik onderzoek die criteria om inzicht te krijgen in de spanning die met name in de psychiatrische zorg ervaren wordt wanneer de euthanasiewet, die oorspronkelijk toegeschreven lijkt op terminaal fysiek lijden, nu wordt toegepast op euthanasieverzoeken in een psychiatrische context. Dat de steun voor het verlenen van euthanasie onder psychiaters in Nederland in de laatste tien jaar eerder is af- dan toegenomen duidt op een kennelijke spanningsverhouding tussen de wettelijke criteria en de beeldvorming in de media. Want in die media is in de laatste pakweg tien jaar opmerkelijk veel aandacht voor euthanasie op basis van psychiatrisch lijden. Zij doen verslag van een moraal die je een publieke moraal zou kunnen noemen. Dat dit op deze wijze in beeld komt, is mogelijk op zijn beurt van invloed op de behoefte aan euthanasie bij mensen met psychiatrisch lijden en hun naasten, en daarmee ook op de hulpvragen waar artsen mee te maken krijgen. In deze thesis bekijk ik vooral hoe in een aantal baanbrekende mediaproducties drie cruciale zorgvuldigheidscriteria aan bod komen (zie onder).

De toelaatbaarheid van euthanasie staat in deze thesis niet ter discussie, noch theologisch noch seculier. Ethische reflectie op die spanningsverhouding kan wel bijdragen aan een betere zorg voor mensen met een euthanasieverzoek op basis van psychisch lijden.

De theologische relevantie blijkt op twee manieren. Het zesde gebod ‘Gij zult niet doden’ maakt voor veel christelijke (maar ook niet-christelijke) psychiaters/artsen euthanasie tot een problematische of zelfs onbegaanbare weg. Daarnaast is ethisch-theologische reflectie mogelijk op waarden als autonomie, waardigheid, onderlinge afhankelijkheid, patientia, hoop en compassie.

Het onderzoek beperkt zich tot de drie cruciale zorgvuldigheidscriteria. Dat betreft het eerste, tweede en vierde criterium. Het eerste is dat van het vrijwillige en weloverwogen verzoek. Het tweede is dat van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Het vierde is dat van het ontbreken van een redelijk alternatief. De overige drie zijn meer formeel en technisch van aard. Het derde zorgvuldigheidscriterium hangt wel duidelijk samen met het eerste. Dat betreft de plicht van de arts de patiënt zodanig te informeren dat deze de situatie begrijpt en een goede keuze kan maken. Het vijfde criterium gaat over de plicht tenminste één onafhankelijke arts te raadplegen. Het zesde criterium gaat over de medisch-technische uitvoering.

### ***1.4 Deelvragen***

Te onderscheiden deelvragen zijn:

1. Hoe wordt het vrijwillig en weloverwogen verzoek in de media gepresenteerd en in hoeverre is mogelijk sprake van een moreel relevante spanning met de euthanasiewet?
2. Hoe worden uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden in de media gepresenteerd en in hoeverre is mogelijk sprake van een moreel relevante spanning met de euthanasiewet?
3. Hoe wordt de afwezigheid van een redelijke andere oplossing in de media gepresenteerd en in hoeverre is mogelijk sprake van een moreel relevante spanning met de euthanasiewet?

Bij elk van deze vragen zal de aandacht specifiek uitgaan naar elementen uit deze criteria die in de literatuur als complex of mogelijk problematisch naar voren komen.

### ***1.5 Methode***

Dit is een onderzoek van mediaproducties en literatuur.

-Primaire bronnen

Dit zijn uit de periode 1-1-2014 tot en met 31-05-2024 de belangrijkste relevante NPO-documentaires en praatprogramma's die bij een min of meer groot publiek bekend kunnen zijn. Het betreft met name *Moeders springen niet van flats* (2014), *Levenseindekliniek* (2016), *Eén Vandaag* (2017), *Buitenhof* (2018), *Veda beslist zelf* (2019), twee afleveringen van *Op 1* (2023), *Karo wil goed dood* (2023) en het vierluik *Een goede dood* (2024). De selectie vond

plaats op grond van de zoektermen ‘euthanasie’ en ‘psychiatrie’ (m.n. [www.2doc.nl](http://www.2doc.nl)) waarbij het streven was naar volledigheid.

#### -Secundaire bronnen

Diverse literatuur heeft bijgedragen tot de onderzoeksvraag en draagt bij aan de reflectie daarop. Voorbeelden zijn *Euthanasie in Nederland, 2002-2022* van Heleen Weyers, en *What kind of death* van Govert den Hartogh. Belangrijk zijn de *Euthanasiecode* (2022) en de vernieuwde *Richtlijn levensbeëindiging op verzoek* van de NVvP, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de beroepsvereniging van psychiaters (2018). Een voorbeeld van een analyse van mediaproducties is te vinden in *Lof der onvolmaaktheid* van Gerbert van Loenen, maar in dat boek ligt de focus niet op euthanasie bij psychiatrische patiënten. Relevant zijn de jaarverslagen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie 2014-2023. Hierin staan voorbeelden van toetsing van verleende euthanasie achteraf aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria, ook bij psychiatrisch lijden. Er is slechts één onderzoek bekend dat, met beperkingen, iets zegt over het *feitelijke* gebruik van de zorgvuldigheidscriteria bij psychiatrische patiënten in de beroepspraktijk (Kammeraat en Kölling 2018). Waar het gaat om de arts-patiëntrelatie of om psychiatrische aspecten kan worden verwezen naar specifieke vakliteratuur.

### **1.6 Positionering**

Ik ben een begin zestiger, van huis uit protestant (synodaal gereformeerd). In het belang van persoonlijke en beroepsmatige verdieping en wellicht uitbreiding verdiep ik mij al jaren in de theologie. Van beroep ben ik psychiater. Euthanasie is in mijn beroepsgroep omstreven. Er wordt over gesproken en er is veel aandacht voor in de media. Af en toe brengt een patiënt euthanasie ter sprake of doet daartoe een verzoek. Ik ga dan het gesprek aan, volg daarmee de richtlijn, en verwijs of laat verwijzen. Tot nu toe heb ik geen euthanasie uitgevoerd. Euthanasie in de psychiatrie is voor mij als professional en als mens niet onmogelijk, maar wel (zeer) problematisch.

### **Sleutelwoorden**

Mediaproducties, psychiatrie, ethiek, euthanasie, zorgvuldigheidscriteria

## Hoofdstuk 2 – Euthanasie bij psychiatrische patiënten

### 2.1 Probleemformulering

De Nederlandse *Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (*Wtl of 'Euthanasiewet'*) is oorspronkelijk voornamelijk bedoeld voor mensen in de terminale fase van een lichamelijke ziekte. In het grote merendeel van de gevallen gaat het dan om een vorm van kanker. Er kan daarbij bijvoorbeeld sprake zijn van ernstige pijn of kortademigheid, terwijl de levensverwachting nog hooguit enkele weken tot maanden is, en de dood dus ook zonder euthanasie spoedig zal volgen. De genoemde wet is in 2002 ingevoerd, met als doel de in de jaren daarvoor al bestaande uitvoeringspraktijk een wettelijke basis te geven.

Bij psychiatrische patiënten is de situatie anders. Het lijden kan bij hen net zo ernstig zijn, en wellicht nog ernstiger, (mede) omdat de dood meestal nog vele jaren op zich laat wachten.

Voorts is het moeilijk te bepalen in hoeverre de wens om te sterven geheel vrijwillig is en niet samenhangt met de aanwezige psychopathologie, en wellicht zelfs een symptoom is van een ziekte, die daarom behandeld zou moeten worden.<sup>1</sup> Heel vaak is nog iets te bedenken wat zou kunnen helpen of wat (opnieuw) geprobeerd zou kunnen worden. Daar komt bij dat meestal meer dan één diagnose is gesteld, en diagnoses veranderen vaak in de loop van de tijd.

Bovendien stellen verschillende psychiaters bij dezelfde patiënt nogal eens verschillende diagnoses.<sup>2</sup> De doodswens zelf kan in de loop van de tijd sterk wisselen en ook weleens verdwijnen. Dit kan bijvoorbeeld door een verandering in de omstandigheden, door een behandeling die (alsnog) aanslaat of door een verandering in perspectief.

Weinig mensen hebben moeite met de 'klassieke' euthanasie vanwege een terminale lichamelijke ziekte. Euthanasie bij psychisch lijden roept om de genoemde redenen echter veel vragen op. Desondanks komt euthanasie bij psychiatrische patiënten steeds vaker voor.

Er is veel aandacht voor in de media. Het lijkt erop dat de publieke mening verandert.

Euthanasie lijkt in de psychiatrie steeds meer een mogelijke uitweg, en wordt soms zelfs 'behandeling' genoemd (zoals zal blijken in hoofdstuk drie).

Hoewel de Euthanasiewet zoals gezegd is ontstaan in de context van (terminaal) fysiek lijden, maakt het voor de wet niet uit of het lijden primair somatisch of psychisch van aard is. De wet geldt, zie met name het arrest in de Chabot-zaak<sup>3</sup>, voor iedereen, dus ook voor psychiatrische patiënten.<sup>4</sup> Gezien de genoemde verschillen is echter de vraag in hoeverre de wet bij hen geschikt is (dat is de vraag die aanleiding is voor deze thesis), in hoeverre de zorgvuldigheid bij hen kan worden bevorderd en in hoeverre zij zo nodig eigenlijk wel door de wet beschermd worden. Om daar wat meer inzicht in te krijgen, bekijken we vooral de wijze waarop in mediaproducties het in de wet genoemde ondraaglijke lijden, de uitzichtloosheid, en het vrijwillige weloverwogen verzoek in de context van de psychiatrische patiënt een plaats krijgen.

---

<sup>1</sup> RTE *Euthanasiecode 2022*, p 49

<sup>2</sup> Jeremy Matuszak, Melissa Piasecki Inter-Rater Reliability in Psychiatric Diagnosis, *Psychiatric times Vol 29 No 10*, 2012

<sup>3</sup> Hoge Raad 21 juni 1994, nr. 96.972, ECLI:NL:HR:1994:AD2122

<sup>4</sup> Heleen Weyers, *Euthanasie in Nederland, 2002-2022*, p 170, Den Haag, Boom juridisch 2022

## 2.2 Medische grondslag

In de geschiedenis van de interpretatie van de Wtl is gebleken dat er voor euthanasie een medische grondslag moet bestaan.<sup>5</sup> In de in 2018 voor psychiaters verschenen *Richtlijn levensbeëindiging op verzoek* (in het vervolg de ‘beroepsrichtlijn’) wordt gesteld dat bij een vastgestelde psychische stoornis sprake is van zo’n medische grondslag.<sup>6</sup> Voor velen is ‘psychisch’ echter iets anders dan medisch. Voorstanders van euthanasie bij psychiatrische patiënten voeren als argument vaak aan dat psychisch lijden net zo erg is als somatisch lijden. Zij vinden dat dat zou moeten worden erkend. Op psychisch lijden zou een stigma rusten en het niet inwilligen van euthanasieverzoeken van psychiatrische patiënten zou beschouwd kunnen worden als discriminatie. Hieruit blijkt een denken in termen van scheiding tussen lichaam en geest. In de moderne geneeskunde wordt echter gestreefd naar een holistische benadering. Lichaam en geest zijn van elkaar te onderscheiden, maar niet te scheiden. Een ‘psychische’ grondslag als ‘medisch’ beschouwen is terecht. Op de vraag: ‘hoe medisch is de psychiatrie’ gaf de Jonghe uitvoerig antwoord: de psychiatrie is medisch.<sup>7</sup> Daarbij is al vele jaren de gewoonte dat de medische grondslag minimaal wordt geformuleerd in termen van minimaal één classificatie uit de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Dit is de uit de VS afkomstige indeling van psychiatrische ziektebeelden en problemen. In de handboeken van dit systeem worden alle mogelijke classificaties en de te volgen classificatieregels opgesomd en uitgelegd.<sup>8</sup>

## 2.3 Begripsbepaling

Bij euthanasie, hulp bij zelfdoding en suïcide eindigt een leven. Bij suïcide doet de betrokkene dat geheel zelf. In meer dan 90 % van de gevallen was dan sprake was van een psychiatrische stoornis. Dat kan bijvoorbeeld een depressie zijn, een persoonlijkheidsstoornis, traumastornois, angststoornis, schizofrenie, en/of een eetstoornis.<sup>9</sup> Suïcide is vaak een impulsieve ontsnapping uit een situatie waarin geen andere oplossing mogelijk leek, en waarbij een psychische stoornis in principe dus een direct en belangrijk aandeel heeft. Suïcide is soms echter vooraf voorbereid. Dan was er een plan, wat bijvoorbeeld kan blijken uit een afscheidsbrief. Suïcide op grond van een rationele afweging wordt ook wel ‘balans-zelfdoding’ genoemd. Van Tol beschrijft het gebruik van die omstreden term en noemt daarbij ook de uitdrukking ‘*rational suicide*’. Deze term heeft sinds de 1960er jaren in de VS meestal als betekenis het met opzet bespoedigen van de dood bij terminaal lichamelijk lijden.<sup>10</sup>

---

<sup>5</sup> RTE *Euthanasiencode 2022*, p 25

<sup>6</sup> [www.richtlijnenatabase.nl](http://www.richtlijnenatabase.nl) richtlijn levensbeëindiging op verzoek in de psychiatrie, p 5

<sup>7</sup> Dr. F. de Jonghe – *Hoe medisch is de psychiatrie?* m.n. p 41, Alphen aan den Rijn, Samson Uitgeverij, 1981

<sup>8</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.), 2022

<sup>9</sup> Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz, *Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*, p 2612, Wolters Kluwer, 2017

<sup>10</sup> D. van Tol, De Balanszelfdoding, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1986;130:199-3



Bij euthanasie op grond van psychisch lijden wordt het leven van een patiënt op diens verzoek beëindigd. Zoals eerder gesteld: de basis voor de medische grondslag is dan minimaal één psychiatrische classificatie. Bij euthanasie dient de arts het dodelijke middel toe via een infuus. Bij hulp bij zelfdoding neemt de patiënt een door de arts voorgeschreven dodelijk drankje zelf in. In Nederland is de arts daar altijd bij aanwezig.<sup>11</sup>

‘Auto-euthanasie’ of ‘zelfeuthanasie’ wordt door Chabot en Graafland beschreven als levensbeëindiging op initiatief van en door de betrokkene, buiten een arts-patiënt relatie om. De wettelijke zorgvuldigheidscriteria zijn dan niet van toepassing. Of er medische redenen zijn blijft onbekend, en er wordt niet getoetst. Dit is in feite een variant van suïcide, dikwijls door een oudere of iemand met een ernstige ziekte, die geen gebruik kan of wil maken van euthanasie. Chabot en Graafland hebben uitvoerig beschreven hoe men deze auto-euthanasie kan uitvoeren. De belasting voor de betrokkene zou beperkt zijn.<sup>12</sup>

Een nieuw concept is hulp bij zelfdoding op grond van ‘voltooid leven’. Er is een wetsvoorstel ingediend met de bedoeling dit voor alle mensen van minimaal 75 jaar niet langer strafbaar te stellen. Dit is de Wet toetsing levensbeëindiging van ouderen op verzoek.<sup>13</sup> Als dit voorstel wordt aangenomen zouden ouderen zelf meer regie krijgen over hun levenseinde. Bij ‘voltooid leven’ is geen sprake van de (noodzaak van) een medische grondslag en niet van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.<sup>14</sup>

#### **2.4 De wet en de toetsing**

Euthanasie is strafbaar, dus ook euthanasie op grond van psychisch lijden. Dit wordt gedragen door beroepsorganisaties van psychiaters, zoals in Nederland de NVvP, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. In de V.S. stelt de *American Psychiatric Association* expliciet dat iedere interventie met als doel de dood van een niet terminaal zieke patiënt te bewerkstelligen niet is toegestaan.<sup>15</sup> Nederland bekleedt, samen met een kleine maar groeiende groep andere landen, een uitzonderingspositie. De Wtl werd hier in 2002 ingevoerd. Vaak wordt gedacht dat euthanasie in Nederland ‘mag’, maar dat klopt dus niet. Er is wel sprake van uitsluiting van strafvervolgning als aan zes zorgvuldigheidscriteria wordt voldaan. Enkele daarvan zijn meer procedureel, zoals de raadpleging van een tweede dokter, en de medisch zorgvuldige uitvoering. De in ethisch opzicht cruciale en basale criteria zijn (1) het vrijwillige en weloverwogen verzoek, (2) ondraaglijkheid en (3) uitzichtloosheid van het lijden (in de wetstekst is dit gecombineerd met de ondraaglijkheid) in combinatie met het ontbreken van een redelijk en voor de patiënt aanvaardbaar alternatief.

Toen de wet werd ingevoerd beperkte de uitvoering zich (vrijwel) tot mensen in de terminale fase van een lichamelijke ziekte. Deze voorwaarde wordt in de wet echter niet genoemd. Het indicatiegebied kon zich mede daardoor uitbreiden, onder anderen tot psychiatrische

---

<sup>11</sup> Regionale Toetsingscommissie Euthanasie; *Euthanasiencode 2022*, p 38

<sup>12</sup> Boudewijn Chabot, Wim Graafland, *Uitweg*, Nijgh & van Ditmar, 2024.

<sup>13</sup> Voorstel van wet zoals gewijzigd naar aanleiding van het advies van de Afdeling Advisering van de Raad van State (35534-7), 2023

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?dossier=35534&id=2020Z14112#wetgevingsproces>

<sup>14</sup> Heleen Weyers, *Euthanasie in Nederland, 2002-2022*, p 289, Den Haag, Boom juridisch 2022

<sup>15</sup> <https://www.psychiatry.org>. *Policy statement on medical euthanasia*, 2016

patiënten. Hoewel ook dat niet in de wet werd opgenomen, was het uitgangspunt dat de behandelende arts de euthanasie zou uitvoeren. Inmiddels wordt euthanasie vaak uitgevoerd door een arts van het Expertisecentrum Euthanasie (EE), voorheen de Levensindekliniek, opgericht in 2012.

In de wettelijke toetsing spelen de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) een belangrijke rol. De RTE onderzoeken alle gemelde gevallen, achteraf. Voordat een euthanasie wordt uitgevoerd wordt ook getoetst; doorgaans gebeurt dat door een arts voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN-arts).

Bij psychiatrische patiënten wordt gemaand tot extra behoedzaamheid. Het is niet wettelijk vastgelegd, maar verwacht wordt dat vroeg in het proces, nog los van het consult van de SCEN-arts, een *second opinion* wordt gegeven door een onafhankelijk psychiater. De NVvP heeft dit in de beroepsrichtlijn opgenomen, naar aanleiding van enkele oordelen ‘onzorgvuldig’ van de RTE.<sup>16</sup> Ook de *Euthanasiencode* van de RTE vraagt hierom.<sup>17</sup>

De uitvoerende arts is in alle gevallen voor de euthanasie verantwoordelijk, dus ook voor een deugdelijke consultatie. SCEN-artsen constateren regelmatig dat een voorgenomen euthanasie niet of nog niet aan de wettelijke eisen voldoet. Hoewel het oordeel van de onafhankelijk psychiater of de SCEN-arts in beginsel niet hoeft te worden gevolgd (de arts mag daar gemotiveerd van afwijken) is het gebruikelijk dat bij een negatief oordeel een (extra) consultatie plaatsvindt. De RTE oordelen enkele keren per jaar ‘onzorgvuldig’. In 2023 was dit zo in vijf gevallen (0.06 % van het totaal).<sup>18</sup> Tot een strafzaak is het binnen de huidige Euthanasiewet, voor zover het om psychisch lijden gaat, echter nooit gekomen. Al in 1994 bleek uit het Arrest Chabot dat lijden op basis van uitsluitend psychische ziekte kan worden aangemerkt als ondraaglijk en uitzichtloos. De schuld van psychiater Chabot was volgens de Hoge Raad alleen gelegen in het niet hebben geraadpleegd van een onafhankelijke tweede arts.<sup>19</sup>

## ***2.5 Over de druk en over de aantallen.***

Volgens het jaarverslag over 2023 van de RTE is euthanasie in dat jaar 9.068 keer gemeld, dat is 5.4 procent van het totale aantal geregistreerde sterfgevallen. Vergeleken met 2022 is dit aantal met 4 procent gestegen. Het aantal meldingen in verband met (voornamelijk) psychisch lijden betrof 138. In 2021 en 2022 was dit aantal 115. Die stijging is 20 %, dus relatief hoog.<sup>20</sup> Een belangrijke belemmering voor nog hogere cijfers lijkt te liggen in het beperkte aantal behandelende psychiaters dat euthanasie uitvoert. Uit de derde evaluatie van de euthanasiewet blijkt dat in 1995 (ruim voordat de wet inging) 53 % van de psychiaters het ondenkbaar vond ooit zelf euthanasie te verlenen, in 2016 was dat 63 %.<sup>21</sup> Voor de vierde evaluatie is dit niet

---

<sup>16</sup> [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl) richtlijn levensbeëindiging op verzoek in de psychiatrie

<sup>17</sup> RTE *Euthanasiencode* 2022

<sup>18</sup> Regionale Toetsingscommissie euthanasie; *jaarverslag 2023*, p 5, 2024

<sup>19</sup> HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656.

<sup>20</sup> Regionale Toetsingscommissie euthanasie; *jaarverslag 2023*, p 17 2024

<sup>21</sup> [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl), *Derde evaluatie wtl*, 2017

onderzocht, maar uit een recent kwalitatief onderzoek onder psychiaters door Besjes e.a. bleek dat zij heel terughoudend zijn.<sup>22</sup>

De capaciteit van het voornaamste alternatief, het EE, is beperkt. Vergeleken met euthanasie in het algemeen, neemt het aantal verzoeken vanwege psychisch lijden naar verhouding echter sterk toe. De wachttijd is opgelopen tot soms twee à drie jaar. In 2023 is het percentage van het totale aantal euthanasieën dat werd uitgevoerd door het EE wel gedaald van ruim driekwart tot iets meer dan de helft. In 2023 voerden binnen of buiten het EE psychiaters 62 maal een euthanasie uit.<sup>23</sup> Mogelijk neemt de terughoudendheid onder behandelende psychiaters dus wat af. Echter, aangezien het aantal in Nederland werkzame psychiaters kan worden geschat op 3500, gaat het nog steeds over een zeer laag percentage van de beroepsgroep.

Het is mede dankzij de media-aandacht voor euthanasie in de psychiatrie dat de bekendheid ervan stijgt. Onderzocht is het niet, maar het ligt voor de hand dat de drempel voor het indienen van een verzoek hierdoor lager wordt. Het standpunt van de NVvP is dat als er tot euthanasie wordt overgegaan, patiënten vanwege de veelal al lang bestaande behandelrelatie door hun eigen psychiater zouden moeten worden geholpen. Dit betreft in ieder geval het onderzoek en de beoordeling, maar bij voorkeur ook de uitvoering. De NVvP meldt in haar richtlijn dat het EE hooguit bedoeld is voor scholing en consultatie, niet voor de uitvoering.<sup>24</sup>

## ***2.6 De arts-patiëntrelatie***

Een verzoek om euthanasie is voor zowel patiënt als arts emotioneel belastend. Het mag dan niet zo duidelijk worden verwoord, maar een verzoek komt neer op: maak mij dood. In de interactie tussen patiënt en arts kunnen overdracht en tegenoverdracht een sterke rol spelen. De vroegste interacties van de patiënt in de eerste levensjaren, meestal met de ouders, zijn hiervoor bepalend. Met name bij psychiatrisch lijden kunnen die problematisch zijn (geweest). Onder overdracht wordt verstaan het (onbewust) projecteren van oude kinderlijke gedachten en verlangens op de arts. De arts kan hierop (onbewust) reageren met tegenoverdracht. Gabbard heeft deze mechanismen uitvoerig beschreven.<sup>25</sup> De arts-patiënt relatie kan erdoor worden verstoord, zeker als die wat langer duurt en bij zoiets ingrijpends als een euthanasieverzoek.

Ter illustratie een voorbeeld van overdracht: de patiënt kan de arts ervaren als iemand die alles begrijpt, de liefde geeft die (van de ouder) werd gemist, en zal verlossen uit het lijden. Als voorbeeld van tegenoverdracht: de arts ervaart de patiënt als iemand die zwaar lijdt, èn voor wie geen hoop meer is, die dus moet worden verlost, de arts neemt de onmacht over en ervaart de wanhoop zelf. Overdracht en tegenoverdracht kunnen de rationaliteit, dat wil zeggen de vrijheid en de zorgvuldige afweging, van de besluitvorming verstoren.

---

<sup>22</sup> M.J. Besjes, S. van de Vathorst, *Euthanasie in de ggz: kwalitatief onderzoek naar de mening van psychiaters*, Tijdschr Psychiatr. 2023;65(2):81-86

<sup>23</sup> Regionale Toetsingscommissie euthanasie; *jaarcijfer 2023* p 17

<sup>24</sup> [www.richtlijnen-database.nl](http://www.richtlijnen-database.nl) richtlijn levensbeëindiging op verzoek in de psychiatrie, p 70

<sup>25</sup> Gabbard GO. A Contemporary Psychoanalytic Model of Countertransference. *Journal of clinical psychology* 2001; 57: 983.

Bij patiënten die een euthanasieverzoek doen bij het EE is een depressieve stoornis de meest frequente hoofddiagnose, maar als de co-morbiditeit wordt meegenomen is een persoonlijkheidsstoornis de soort diagnose die het meest wordt gesteld. Dit blijkt uit een onderzoek van het EE zelf.<sup>26</sup> Dit gegeven is relevant omdat juist bij persoonlijkheidsstoornissen problemen in de arts-patiënt relatie door overdracht en tegenoverdracht een belangrijke rol kunnen spelen. Zoals Winthorst e.a. beschrijven is het zorgvuldigheidscriterium ‘ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden’ niet alleen een individuele zaak van de patiënt maar ontstaat de betekenis hiervan in de interactie met de arts. De persoonlijkheidsdynamiek kan invloed hebben op het gesprek over het euthanasieverzoek. Zo kan op de arts een sterk beroep worden gedaan. Een patiënt kan zich (onbewust) gedragen zoals vroeger naar zijn primaire verzorgers toe. Als die relaties bijvoorbeeld werden gekenmerkt door verwaarlozing en straf, dan kan bij de arts (onbewust) een verwaarlozende en straffende houding worden uitgelokt. Mensen die onveilig zijn opgegroeid zijn zich van de mentale toestand van zichzelf en de ander vaak niet goed bewust. Winthorst e.a. beschrijven hoe dit gebrek aan mentaliserend vermogen ertoe kan leiden dat de binnenwereld wordt ervaren als de objectieve werkelijkheid. In de context van het euthanasieverzoek is dat bijvoorbeeld: ‘ik voel me slecht, dus ik ben slecht, en dus moet ik dood.’<sup>27</sup> Aan de oppervlakte is de patiënt depressief, maar depressie is niet de juiste diagnose, depressiebehandeling helpt dan niet, ook niet als ‘alles wordt geprobeerd’. Andere behandelingen zouden dan wel kunnen helpen, maar die moeten beschikbaar zijn en de problematiek moet zijn doorzien. Het lijden kan ondraaglijk zijn en de situatie als uitzichtloos worden ervaren. Bij de mogelijkheid van euthanasie kan de dood een oplossing lijken. Gevoelens kunnen worden afgeweerd, waarna berusting kan volgen en de dood tegemoet wordt gezien als bevrijding.

## **2.7 Bezuinigingen in de GGZ**

Het is aannemelijk dat de psychische problematiek van mensen die zich melden met een euthanasieverzoek relatief zwaar en complex is. Zoals al gesteld, er is meestal sprake van een combinatie van psychiatrische classificaties. Volgens het rapport *Geen plek voor grote problemen* van de Algemene Rekenkamer worden de meeste mensen aanvaardbaar snel geholpen, maar met name voor de zwaardere groep bestaan lange wachtlijsten. Vaak gaat het dan om mensen met (onder anderen) persoonlijkheidsproblematiek, en mensen die verwaarloosd en getraumatiseerd zijn. Er zijn goede behandelingen mogelijk, maar de duur daarvan is gemiddeld lang en de kosten zijn hoog. Volgens het genoemde rapport, verschenen in 2020, moesten in 2019 naar schatting 11.000 mensen vier maanden of langer wachten op behandeling in de specialistische GGZ. Die specialistische GGZ is naar verhouding erg duur. Gesteld wordt dat de wachttijd toeneemt naarmate de problematiek complexer is, en gepaard gaat met meer co-morbiditeit.<sup>28</sup> Lang wachten kan leiden tot uitstel van diagnostiek en

---

<sup>26</sup> Kammeraat M, Kölling P. *Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum euthanasie*, p 45 Den Haag: Expertisecentrum Euthanasie, 2020

<sup>27</sup> W.H. Winthorst, W.H. van Zelst, H.L. Van, H.M. van Loo, *Euthanasieverzoek door een patiënt met een borderline persoonlijkheidsorganisatie*, *Tijdschr Psychiatr.* 2023;65(9):568-571

<sup>28</sup> [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl) rapport *Geen plek voor grote problemen*

eventuele behandeling. Verschillende factoren spelen hierin een rol, zoals de manier van bekostigen en een gebrek aan het juiste personeel. Het ligt voor de hand dat door het lange wachten de prognose van de meest zieke patiënten gemiddeld verslechtert. Een deel van de mensen zal het niet volhouden. Aangenomen kan worden dat deze sociaaleconomische problematiek één van de mogelijke oorzaken is waarom het aantal suicides stijgt. Datzelfde kan dan ook gelden, als die mogelijkheid er is, voor het aantal euthanasieverzoeken.<sup>29</sup> Euthanasie kan zo onbedoeld een ‘oplossing’ worden voor hoge gezondheidszorgkosten en lange wachttijden.

## **2.8 Ethiek**

Ethische discussies kunnen bijdragen en hebben bijgedragen aan goede wetgeving. Dit geldt ook voor de Wtl. Dat wil niet zeggen dat bestaande wetgeving per definitie bepaalt wat goed is om te doen. Normen en waarden veranderen. In de Wtl zijn de waarden barmhartigheid en autonomie (zelfbeschikking) belangrijk, al komen die termen zelf er niet voor. Onder anderen op basis van hoe de interpretatie van de zorgvuldigheidseisen door de RTE zich ontwikkelt, wordt in de laatste wetsevaluatie geconcludeerd dat er in de praktijk meer ruimte is gekomen voor de zelfbeschikking.<sup>30</sup> Omstandigheden kunnen veranderen, en daarmee de ethische afwegingen. Wetgeving kan verouderd zijn, onbruikbaar zijn gebleken of (voor sommigen of zelfs velen) ethisch verwerpelijk zijn. Dat laatste is met name van toepassing in landen met misdadige regimes, in heden en verleden. Een beroep op de wet kan niet voldoende zijn om euthanasie ethisch te rechtvaardigen.

In de ethiek is een aantal hoofdstromingen te onderscheiden die elk een zekere mate van toepassing hebben (of hebben gevonden) bij discussies over de moraliteit van euthanasie. Enkelen worden hier nader belicht.

In de deontologie, de plichtethiek, hebben handelingen op zichzelf een morele waarde, los van de gevolgen. Een moderne plichtethiek, die van Immanuel Kant, zegt dat een mens moet handelen zoals hij zou willen dat alle mensen handelen. De mens moet daarnaast steeds ook een doel in zichzelf zijn, niet slechts een middel om een doel te bereiken. Dit is de categorische imperatief van Kant.<sup>31</sup> Het is onze plicht om de capaciteit, de competentie, de rationaliteit van de ander te respecteren. Op basis van Kants opvatting over autonomie wordt vaak gesteld dat de mens zelf over zijn levenseinde zou moeten beschikken. Deze notie was er bij hemzelf en in de eerste tijd na hem echter nog niet. Volgens Velleman houdt het volgen van Kants categorische imperatief in dat we ons bij onze beslissingen inderdaad laten beïnvloeden door het respect voor de ander. Dat wil volgens hem echter niet zeggen dat we het de ander in alle opzichten mogelijk moeten maken om zijn doelen te bereiken, in dit geval het einde van het eigen leven. Bij euthanasie en andere vormen van zelfgewild sterven is de paradox dat de eigen rationaliteit verdwijnt. Plichten kunnen conflicteren en elkaar uitsluiten. Iemand kan een verzoek doen maar het voldoen aan dat verzoek kan schadelijk zijn. Dat was

---

<sup>29</sup> [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl), actueel 25-06-2020: *geestelijke gezondheidszorg: hoe groter het probleem, hoe langer de wachttijd*

<sup>30</sup> ZonMw, *Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, p 272, 2023

<sup>31</sup> Sidney Bloch, Stephen A. Green – *Psychiatric ethics* 5<sup>th</sup> ed, pp 45-46 – Oxford University Press 2021

ook de reden waarom Kant zelfdoding afwees: zelfdoding komt neer op een manier van omgaan met het eigen bestaan, zuiver en alleen als middel om een doel te bereiken.<sup>32</sup> Een andere invalshoek is dat plichtethiek eenzijdig verstandelijk is. Beauchamp en Childress wijzen erop dat een sterke nadruk op plichten samen kan gaan met te weinig aandacht voor het belang van relaties met een persoonlijker karakter, waaronder ook relaties met patiënten.<sup>33</sup> Christa Anbeek wijst erop dat autonomie in zaken van leven en dood deels een illusie is. Mensen zijn geen eilanden. Het besluit niet meer verder te leven kan grote gevolgen hebben voor anderen. Naast de waarde van autonomie stelt zij de waarde van onderlinge verbondenheid. Zij formuleert het als volgt: ‘*wij zijn niet van onszelf, wij zijn van elkaar*’.<sup>34</sup> Een andere hoofdrichting in de ethiek is de gevolgenethiek. Hierin geldt dat een handeling goed is als ze een zo groot mogelijk overwicht van goed over kwaad bewerkt. Het doel is het geluk van de betrokkene en zoveel mogelijk anderen.<sup>35</sup> Moreel juist is wat het meeste geluk oplevert, als de uitkomst van een rekensom, ook als een deel van de rekensom vanouds negatieve, verboden of schadelijke handelingen bevat. De vraag is echter wie en wat het goede van die uitkomst bepaalt. Als het einde van als ondraaglijk gekwalificeerd lijden centraal wordt gesteld, zal de dood in veel gevallen als een goede uitkomst kunnen gelden. Maar zo’n nutsberekening vraagt ook om aandacht voor de uitwerking van euthanasie op de omgeving. Die kan er op vele manieren zijn. Het betreft de naasten van de patiënt maar ook de samenleving als geheel. Andere psychiatrische patiënten kunnen op een idee worden gebracht en de dood als een uitweg gaan zien. Het is ook mogelijk dat er een dreigende werking van uitgaat. Het is immers kennelijk niet vanzelfsprekend om door te leven. Wie zijn omgeving en de samenleving tot last is kan ook nog kiezen voor euthanasie. Dat zal eens te meer van toepassing zijn als een zorgverlener die mogelijkheid oppert. Een derde hoofdrichting in de ethiek is de deugdethiek. Deze benadrukt het belang van de ontwikkeling van karaktereigenschappen als basis voor goed handelen. Voorbeelden zijn moed en wijsheid. Vanuit de deugthiek kan euthanasie gerechtvaardigd zijn om de ander langdurig leed te besparen, vanuit een deugd als compassie of barmhartigheid. Dit zijn waarden die naar voren komen in de zorgethiek, die als een vorm van deugdethiek kan worden beschouwd.<sup>36</sup> Tegelijk wordt vanuit de deugdethiek ook gewezen op belangrijke deugden als geduld en lijdzaamheid bij de patiënt. Een deugd-ethische notie bij het handelen van een arts kan zijn dat deze bij frequente betrokkenheid bij euthanasie mogelijk té gemakkelijk de dood ter sprake brengt of bewerkt. Ethische reflectie is ook mogelijk zonder uit te gaan van een algemene theorie. Den Hartogh kiest in zijn studie *What Kind of Death* voor normatieve, basale uitgangspunten die volgens hem niet of nauwelijks controversieel zijn. Hij kiest daarnaast voor conceptuele argumenten en empirische gegevens, voor zover die er zijn, en voor zover die bruikbaar zijn. Dit kan leiden tot andere uitkomsten dan gewoonlijk te horen zijn in discussies als die over de legalisering van euthanasie. Een bevinding van den Hartogh is bijvoorbeeld dat wetgeving die

---

<sup>32</sup> J. David Velleman – Against the right to die – *The Journal of Medicine and Philosophy* 17:666-669, 199

<sup>33</sup> Beauchamp and Childress – *Principles of Biomedical Ethics* p. 399

<sup>34</sup> Gerbert van Loenen – *Lof der onvolmaaktheid*, voorwoord Christa Anbeek p 10

<sup>35</sup> Sidney Bloch, Stephen A. Green – *Psychiatric ethics* 5<sup>th</sup> ed, pp 44 – Oxford University Press 2021

<sup>36</sup> Beauchamps – *Principles of Biomedical Ethics* p. 35

euthanasie op verzoek mogelijk maakt, noodzakelijkerwijs leidt tot het beëindigen van levens zonder dat daartoe een verzoek was ingediend.<sup>37</sup> Dit is een andere reden om op de beeldvorming rondom euthanasie bij psychiatrisch lijden verder ethisch te reflecteren.

## ***2.9 Christelijke ethiek, theologie***

Euthanasie kan op veel manieren worden beschreven. Eén daarvan is: iemand doden, op diens verzoek. Vele christenen zien hier een spanning met het Bijbelse zesde gebod (Exodus 20:13). De waarschijnlijke betekenis van het daar gebruikte Hebreeuwse werkwoord is volgens veel commentaren: ‘met geweld doden, vermoorden’. Dit is bij euthanasie niet aan de orde.

Euthanasie zoals wij die kennen wordt in de Bijbel niet beschreven. Wel zijn ongeveer tien voorbeelden van suïcide te vinden. Hierover wordt geen oordeel uitgesproken.<sup>38</sup> Ervan uitgaande dat euthanasie en hulp bij zelfdoding in essentie een variant zijn op suïcide, kan uit de Bijbel niet worden afgeleid dat euthanasie niet zou mogen.

James M. Gustafson stelt dat suïcide soms onjuist kan zijn maar in andere gevallen gewetensvol en zorgvuldig. Het leven moet dankbaar als geschenk van God worden aanvaard, maar als het leven een ondraaglijke last wordt kan dat een reden zijn zich te verzetten en met God de strijd aan te gaan. Gustafson benadrukt eigenlijk vooral de tragiek van iedere morele keuze.<sup>39</sup>

## ***2.10 Tot slot***

In deze thesis speelt de Euthanasiewet, de Wtl, een belangrijke rol. De wet wordt echter geïnterpreteerd, uitgevoerd en ondergaan door mensen. De wet staat niet los van de context. We hebben gezien dat ook sociaaleconomische factoren van invloed zijn. Verder is aandacht besteed aan de ethiek. In samenhang met, voorafgaand aan, en nog belangrijker dan de wet zelf zijn vragen als: ‘wat leidt ons’, ‘hoe willen we met elkaar omgaan’, ‘wat is goed om te doen’. Met deze vragen in ons achterhoofd kunnen we in ons in de volgende hoofdstukken wat preciezer bezighouden met de wet zelf, respectievelijk met hoe aspecten van de wet naar voren komen in mediaproducties.

---

<sup>37</sup> Govert den Hartogh, *What kind of death*, p. 10, 2023

<sup>38</sup> Koch, H.J. ‘Über Suizide und suizidale Syndrome in der Heiligen Schrift: Christen im Spannungsfeld der biblischen Lehre’, *NeuroGeriatric* (2012), 9 (2)

<sup>39</sup> James M. Gustafson, *Ethics from a Theocentric Perspective, vol II* p 215 Chicago: University of Chicago Press, 1984

### Hoofdstuk 3 – Drie zorgvuldigheidscriteria

Voordat in hoofdstuk 4 hun rol in NPO-producties aan bod komt, ga ik eerst nader in op het wettelijke eerste, tweede en vierde zorgvuldigheidscriterium zelf. De uitzichtloosheid van het lijden uit het tweede criterium en de afwezigheid van een redelijke andere oplossing uit het vierde criterium liggen direct in elkaars verlengde. Zij worden daarom samen besproken.

#### 3.1 De oordelen van de RTE

Allereerst bekijken we hoe het toepassen van de zorgvuldigheidscriteria achteraf door de RTE beoordeeld wordt. Dit zal immers invloed kunnen hebben op hoe criteria in het vervolg geïnterpreteerd worden en op hoe de wet in de samenleving wordt ervaren.

Een deel van de beoordelingen en uitspraken van de RTE is online gepubliceerd. Bijna tien procent van de tussen 2014 en 2024 behandelde casus over psychiatrische patiënten werd als ‘onzorgvuldig’ beoordeeld (15 uit 155).<sup>40</sup>

Het betreft telkens een gebrek aan ‘grote behoedzaamheid’ die bij deze euthanasieverzoeken wordt verwacht. In bijna alle van deze 15 casus werd onvoldoende een beroep gedaan op deskundigen, met name een (tweede) psychiater. In enkele casus was de kwaliteit van de deskundige of de geleverde rapportage te laag (waaruit overigens kan worden afgeleid dat de euthanaserende arts hiervoor zelf verantwoordelijk wordt gehouden). In één geval was sprake van een te groot verschil van inzicht tussen de uitvoerende arts en de geraadpleegde deskundigen.<sup>41</sup> Het betrof een huisarts die niet goed uit kon leggen waarom de patiënt wilsbekwaam zou zijn geweest. Dit is de enige casus van de 155 waarin de RTE dus oordeelde dat niet alleen de grote behoedzaamheid ontbrak, maar dat de uitkomst op voorhand onaanvaardbaar was, namelijk vanwege een onzorgvuldige beoordeling van het criterium ‘vrijwillig en goed over nagedacht’. In vijf van de vijftien casus<sup>42</sup> ging het om een gebrek aan grote behoedzaamheid om te komen tot een goede beoordeling van zowel ‘uitzichtloosheid en ondraaglijk lijden als ‘de afwezigheid van een redelijke andere oplossing’. Bij het lijden ging het overigens telkens met name om de uitzichtloosheid, niet zozeer om de ondraaglijkheid. In zeven casus<sup>43</sup> ging het om een combinatie van gebrek aan grote behoedzaamheid ten aanzien van een combinatie van het eerste, tweede en vierde criterium. In twee casus<sup>44</sup> ging het uitsluitend om het ‘raadplegen van een onafhankelijk arts’, zonder gevolgen voor de overige zorgvuldigheidscriteria. In geen enkele casus ging het om het ‘informereren over de situatie en de vooruitzichten’ of over de ‘medische zorgvuldigheid’.

Eén en ander laat onverlet dat in ruim negentig procent van de gevallen het oordeel ‘zorgvuldig’ was en dat het bij de uitslag ‘onzorgvuldig’ dus meestal alleen ging om het niet hebben ingeschakeld van de juiste extra deskundige.

---

<sup>40</sup> Het betreft oordelen in het tijdvak 01-01-2014 – 10-07-2024 <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/psychiatrische-aandoeningen>

<sup>41</sup> RTE 2022-017

<sup>42</sup> RTE 2018-070, 2018-069, 2021-143, 2022-139, 2022-075

<sup>43</sup> RTE 2014-01, 2021-076, 2021-097, 2022-068, 2023-002, 2023-038, 2024-015

<sup>44</sup> RTE 2017-024, 2019-015



Als het oordeel zo vaak ‘zorgvuldig’ is, en als dat gegeven in de berichtgeving wordt benadrukt, zal dat ertoe bij kunnen dragen dat in de samenleving de opvatting groeit dat de euthanasiewet goed functioneert.

Een beperking van deze informatie is dat de RTE niet alle casus publiceren, waardoor wij niet kunnen weten welke andere relevante casuïstiek zich heeft voorgedaan. Omdat de RTE alleen achteraf toetsen kunnen we uit deze gegevens bovendien niet afleiden of en hoe vaak verzoeken vanwege het niet voldoen aan zorgvuldigheidscriteria vooraf al zijn afgewezen.

### ***3.2 Het eerste zorgvuldigheidscriterium: het verzoek om euthanasie moet vrijwillig zijn en weloverwogen.***

#### ***3.2.1 Begripsbepaling***

‘Weloverwogen’ veronderstelt dat het verzoek duurzaam is en goed doordacht. De patiënt moet van zijn verzoek overtuigd zijn, al kan er soms best enige twijfel zijn geweest.<sup>45</sup> Er zijn meerdere gesprekken nodig om dit te kunnen beoordelen. De psychiater moet ervan overtuigd zijn dat het verzoek niet impulsief is. ‘Vrijwillig’ wordt in de *Euthanasiecode* onderscheiden in een externe en een interne vorm.<sup>46</sup> De psychiater moet overtuigd worden van beide vormen van vrijwilligheid.

Externe vrijwilligheid houdt in dat het verzoek niet is beïnvloed door anderen. Het moet afkomstig zijn van de patiënt zelf. Opmerkingen van naasten zoals ‘je bent mij tot last’ of ‘je kunt ook kiezen voor euthanasie’ mogen geen rol hebben gespeeld. Daar kan vanuit de praktijk aan worden toegevoegd dat er ook geen druk mag zijn geweest door de media of van hulpverleners, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. Wat betreft de media: naarmate een rooskleurig of juist negatief beeld naar voren komt zullen mensen mogelijk in de richting van euthanasie worden aangemoedigd of juist afgeremd. Wat betreft de hulpverlening is relevant in hoeverre euthanasie bij de behandelaar of in de behandelende instelling bespreekbaar is, gefaciliteerd of zelfs aangeboden wordt. Het zal verschil maken hoelang het zoeken naar mogelijkheden wordt volgehouden, of hoe snel de conclusie wordt getrokken dat de patiënt ‘uitbehandeld’ is. Dit soort processen kan op patiënten immers een druk leggen en de externe vrijwilligheid beperken.

De mate van interne vrijwilligheid wordt bepaald door iemands psychische vermogens en dus ook door de aanwezigheid van eventuele psychopathologie. De vraag is in hoeverre de patiënt grip heeft op zichzelf, dan wel in hoeverre hij wordt beperkt door onvermogen of door ziekteverschijnselen. Interne vrijwilligheid veronderstelt mentale competentie, besluitvaardigheid, ofwel, zoals dat in de gezondheidszorg wordt genoemd: ‘wilsbekwaamheid’. Deze moet ‘ter zake’ zijn, ofwel: betrekking hebben op een specifieke beslissing. Bij een euthanasieverzoek gaat het om leven en dood, en moeten aan de beoordeling dus hoge eisen worden gesteld. Wilsbekwaamheid kan bovendien veranderen.

---

<sup>45</sup> RTE, Euthanasiecode 2022, p23

<sup>46</sup> RTE, Euthanasiecode 2022, p22

Vanuit het oogpunt van de psychiatrische praktijk bestaan op het terrein van de wilsbekwaamheid in potentie grote uitdagingen. De beschreven complexiteit komt naar voren in de literatuur.<sup>47</sup>

### 3.2.2 Wilsbekwaamheid vroeger en nu

Over de wilsbekwaamheid van mensen met psychopathologie werd enkele decennia geleden nog heel anders gedacht dan nu. Weyers beschrijft dat, vlak voordat de Euthanasiewet in 2002 van kracht werd, in het *Staatsblad* een ‘nota bene’ verscheen. Dit had betrekking op een toevoeging in het modelverslag voor het melden van het overlijden door een niet-natuurlijke doodsoorzaak, namelijk toepassing van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding. Deze melding zou, als het lijden een psychische oorsprong zou hebben, moeten worden gemeld als betrof het een melding zonder uitdrukkelijk verzoek. Dit is fundamenteel want in dat geval zou de wet niet van toepassing zijn op patiënten met psychiatrische ziekte en zou euthanasie bij hen dus niet uitgesloten zijn van straf. Psychiatrisch lijden zou op voorhand wilsonbekwaamheid betekenen. Voor deze opvatting bestond echter weinig draagvlak. Bij de destijds nog zeldzame euthanasieverzoeken vanwege psychiatrisch lijden waren de RTE heel voorzichtig maar zij achtten zich aan dit nota bene niet gebonden. Het addendum functioneerde niet en werd in 2009 geschrapt.<sup>48</sup> Het uitgangspunt is dat iedereen, dus ook de psychiatrische patiënt, wilsbekwaam is, tenzij het tegendeel is vastgesteld.<sup>49</sup> In hoeverre de beoordeling toch problematisch kan zijn, komt in het vervolg aan de orde.

### 3.2.3 Hulpmiddelen

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunst (KNMG) heeft voor de beoordeling van wilsbekwaamheid door artsen een stappenplan ontwikkeld.<sup>50</sup> In de medische praktijk blijken vooral de criteria van Appelbaum en Grisso te worden gehanteerd.<sup>51</sup> Wilsbekwaamheid is volgens die criteria het vermogen informatie te begrijpen, beoordelen en relateren aan de eigen situatie, het in staat zijn logisch te redeneren, een besluit te nemen en tot uitdrukking te brengen. Appelbaum en Grisso ontwikkelden het meest gangbare meetinstrument, de MacArthur Treatment Competence Assessment Tool (MacCat).<sup>52</sup> Deze is voorzien van een checklist.<sup>53</sup>

---

<sup>47</sup> Louis C Charland, Trudo Lemmens, Kyoka Wada - Decision-Making Capacity to Consent to Medical Assistance in Dying for Persons with Mental Disorders - *Journal of ethics in mental health* 2016, pp 3-7 (een systematische uitwerking, waarin de complexiteit nader wordt onderverdeeld)

<sup>48</sup> Heleen Weyers, *Euthanasie in Nederland 2002-2022*, p 60. Den Haag, Boom juridisch 2022

<sup>49</sup> Bakker, T.J.E.M., Dekker, G.V.C., Groot van Wijk, H. de, Jansen, I., Klippe, C.J. van de, Kröber, H.R.Th., e.a. *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (voor de hulpverlener)* p 8. Den Haag, Ministerie van Justitie, 2007

<sup>50</sup> Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming. Bijlage 9 Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid* 2004

<sup>51</sup> Paul Appelbaum en Thomas Grisso, Assessing patients capacities to consent to treatment, *New England Journal of Medicine* 1988: 1635-1638

<sup>52</sup> Stewart C., Peisah, C., Draper, B. A test for mental capacity to request assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 37, 34-39

<sup>53</sup> Vinkers CH, van de Kraats GB, Biesart M, et al. Is mijn patiënt wilsbekwaam? *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A7229.

Volgens Doernberg e.a. wordt ook dit hulpmiddel bij een euthanasieverzoek nauwelijks gebruikt. Uit een onderzoek over de periode 2011-2014 bleek dat het oordeel in meer dan de helft van de gevallen globaal was, en dat in slechts 8 procent van de gevallen alle criteria van wilsbekwaamheid werden genoemd. In 12 % van de gevallen bleken de beoordelingen van verschillende psychiaters niet met elkaar overeen te komen.<sup>54</sup> Den Hartogh merkt in *What Kind of Death* in een voetnoot op dat 12% niet zoveel is<sup>55</sup>, maar stelt ook dat de beoordeling normatief is,<sup>56</sup> dat de houding van psychiaters tegenover euthanasie onderling fundamenteel verschillend is en, verwijzend naar Ganzini, dat het niet verbazingwekkend is dat de beoordeling van wilsbekwaamheid uiteenloopt.<sup>57</sup> Den Hartogh wijst erop dat er nog steeds psychiaters zijn die vinden dat euthanasieverzoeken altijd op wilsonbekwaamheid wijzen, en hij stelt daar de Belgische psychiater Thienpont tegenover, die in een reeks van honderd euthanasieverzoeken juist altijd tot het oordeel wilsbekwaam kwam.<sup>58</sup>

### **3.2.4 De psychische functies**

Psychische functies worden onderscheiden, maar niet gescheiden, in cognitief, affectief en conatief. Met conatief bedoelen we zaken die verband houden met het ‘willen’, dus de wilsbekwaamheid op zich, iemands strevingen, passies en waarden. Cognitief is het denken, redeneren, afwegen, het trekken van conclusies. Het voelen is affectief. Dat betreft bijvoorbeeld angst, somberheid, hopeloosheid, woede en verdriet. Psychiatrische patiënten ondervinden in al die functies last en beperkingen, en bij een euthanasieverzoek zijn dus alle functies relevant. Enkele voorbeelden uit de klinische praktijk: bij een ernstige depressie is het denken veelal traag van vorm en negatief qua inhoud, de wil ontbreekt, de stemming is gedaald, de emoties vlak. Bij anorexia nervosa is het denken gepreoccupeerd met calorieën, de emoties kunnen vlak zijn, de wil is sterk gericht op dun zijn, zelfs zodanig dat de waarde ‘dun zijn’ belangrijker kan zijn dan de waarde ‘leven’.

De relevantie hiervan is dat een cognitieve beoordeling van wilsbekwaamheid eenzijdig is, en daarom wellicht niet optimaal. De criteria van Appelbaum en Grisso de de MacCat zijn echter cognitief geformuleerd.<sup>59</sup> Dat kan worden gezien als een methodologisch probleem. In tegenstelling tot de *Euthanasiencode* vraagt de NVvP voor de genoemde drie dimensies wel aandacht. Als deze erbij worden betrokken zal de beoordeling van wilsbekwaamheid echter ingewikkelder zijn. Er is ook nog maar nauwelijks onderzoek naar hoe dit eigenlijk moet.<sup>60</sup>

### **3.2.5 Ethische aspecten**

---

<sup>54</sup> Samuel N. Doernberg, John R. Peteet, Scott Y.M. Kim, Capacity Evaluations of Psychiatric Patients Requesting Assisted Death in the Netherlands, *Psychosomatics*. 2016 ; 57(6): 556–565.

<sup>55</sup> Govert den Hartogh, *What kind of death* p 262, voetnoot 46

<sup>56</sup> Govert den Hartogh, *What kind of death* p 262

<sup>57</sup> Ganzini, L 2014. Psychiatric evaluations for individuals requesting assisted death in Washington and Oregon should not be mandatory. *General Hospital Psychiatry* 36: 10–12

<sup>58</sup> Thienpont, L, M Verhofstadt, T van Loon et al. 2015. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *British Medical Journal Open*, 5(7): e007454.

<sup>59</sup> RTE, *Euthanasiencode 2022*, p22

<sup>60</sup>[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeiniging\\_op\\_verzoek\\_psychiatrie](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeiniging_op_verzoek_psychiatrie) pp 36-40

Het is voor een patiënt met een euthanasieverzoek belangrijk dat over dat verzoek op een niet veroordelende manier in gesprek wordt gegaan. Een open benadering kan ertoe leiden dat de patiënt zich serieus genomen voelt. Een mogelijk gevolg is dat wat er echt toe doet aan het licht kan komen. Dit kan alsnog perspectief geven. Juist door het gesprek aan te gaan kan de euthanasiewens (tijdelijk) verdwijnen. Het is voor de behandelaar wel belangrijk van begin af aan over de eigen ethische stellingname (mogelijkheden en grenzen) duidelijk te zijn. Als een behandelaar bijvoorbeeld zelf in geen geval euthanasie zal toepassen, dan moet de patiënt dat wel weten. Transparantie voorkomt onjuiste verwachtingen.

In onze tijd geldt de mens vooral als cognitief en rationeel. Zelfbeschikking, ook wel autonomie of zelfbepaling genoemd, is een dominante waarde.<sup>61</sup> Dit heeft invloed op de wetgeving en op hoe euthanasieverzoeken worden beoordeeld. Beperkingen in iemands mentale capaciteiten en een gebrek aan controle als gevolg van een psychische aandoening, staan in een spanningsverhouding tot deze dominantie.<sup>62</sup>

We zien in de afgelopen decennia ook een tegenbeweging, met een sterkere nadruk op de mens als sociaal wezen. Deze stelt de verbindingen van mensen met elkaar en in de samenleving centraal. Tronto legde een belangrijke basis voor de zorgethiek, waarin het gaat over de zorg van mensen voor elkaar. In *Moral boundaries* schrijft zij dat mensen onderling verschillen in hoeveel zorg zij nodig hebben. Dat zou bepalen hoeveel middelen de samenleving beschikbaar moet stellen.<sup>63</sup> Aannemelijk is dat mensen die om euthanasie vragen ernstige problemen hebben. Zij hebben veel zorg nodig, en de samenleving zou aan die zorg voorrang moeten geven. Dan gaat het meestal om de zorg voor mensen met de meest complexe en gecombineerde ernstige psychiatrische aandoeningen. Van Loenen stelt in *Lof der onvolmaaktheid* met het oog op het goed kunnen sterven onder anderen de waarde van verbondenheid tegenover die van zelfbeschikking.<sup>64</sup> Ten aanzien van de beoordeling van het euthanasieverzoek geldt dat de naasten veel sterker betrokken kunnen worden. Zowel in de euthanasiecode<sup>65</sup> als in de richtlijn van de NVvP<sup>66</sup> staat dat dat belangrijk is. Verplicht is het echter niet.

### **3.2.6 Wilsbekwaamheid in de psychiatrie, in relatie tot psychopathologie**

Wilsbekwaamheid zal door vrijwel elke psychiater als verminderd aanwezig, of als afwezig worden beoordeeld bij een ernstig toestandsbeeld, zoals een psychose, een ernstige depressie, of een intoxicatie met alcohol. Een instrument om dat te bepalen is dan niet nodig. Aan de orde is echter vooral hoe te oordelen als zo'n duidelijk toestandsbeeld er niet is. Ter overdenking volgen enkele voorbeelden uit de klinische praktijk.

Iemand met een autismespectrumstoornis kan zeer rigide zijn, niet op andere gedachten te brengen, ideeën en strevingen kunnen gefixeerd zijn en inhoudelijk gepreoccupeerd met een

---

<sup>61</sup> Zie bijvoorbeeld Tom L. Beauchamp en James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, pp 99-102, New York, Oxford 2019

<sup>62</sup> Louis C. Charland, a historical perspective, Chapter 2 in Sidney Bloch, Stephen A. Green - *Psychiatric ethics*, Oxford University Press 2021

<sup>63</sup> Joan C. Tronto, *Moral Boundaries, a political argument for an ethic of care*, p 171, New York, Taylor and Francis Group 1993

<sup>64</sup> Gerbert van Loenen, *Lof der onvolmaaktheid*, pp 131-142, Utrecht, Uitgeverij Ten Have 2015

<sup>65</sup> RTE Euthanasiecode 2022, p 59

<sup>66</sup> [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeiniging\\_op\\_verzoek\\_psychiatrie](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeiniging_op_verzoek_psychiatrie) p 12

thema als leven en dood, of euthanasie. Dit kan relevant zijn voor visies en wensen op het terrein van sterven en euthanasie.

Rigiditeit kan ook kenmerkend zijn voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Zij leven met belemmerende gedachtenpatronen en negatieve of snel wisselende gevoelens. Zij kunnen snel problemen ondervinden in de omgang met anderen. Het is voor hen vaak moeilijk om emoties zoals angst en agressie te reguleren. Het kan moeilijk zijn een bepaalde 'wil' op te geven of te doorbreken.

Autismespectrumstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zijn vormen van psychische problematiek die levenslang psychisch lijden en beperkingen kunnen verklaren. De problematiek is structureel, vanaf veelal jonge leeftijd is het bestaan een strijd en het leven kan erg vermoeiend en zwaar zijn. Dit kan uiteindelijk meespelen in de wens aan dat leven een einde te maken, dus ook in het komen tot een euthanasieverzoek.

Het precieze percentage is niet bekend, maar uit casusbeschrijvingen blijkt dat patiënten met een euthanasieverzoek vaak een voorgeschiedenis hebben van verwaarlozing, emotionele en/of fysieke mishandeling, seksueel misbruik of van een combinatie daarvan. Deze tragedie ligt aan de basis van, of is een sterke risicofactor voor, uiteenlopende psychopathologie, niet alleen traumastornoissen maar ook persoonlijkheidsstoornissen, depressies, angststoornissen, eetstoornissen en andere. Vaak komt daar allerlei lichamelijke problematiek bij. Van jongs af aan kan een patiënt boodschappen hebben gekregen zoals 'je had nooit geboren mogen worden', 'je bent niets waard', of 'was je maar dood'. Sommigen hebben de ervaring vooral gebruiksvoorwerp te zijn of oud vuil. Vernietigende boodschappen kunnen geïnternaliseerd zijn en een intense strafbehoefte en zelfhaat verklaren. Vooral wanneer diagnostiek en behandeling inadequaat zijn of uitblijven, is het ontstaan van een doodswens, vaak al op jonge leeftijd, goed te begrijpen. De vraag kan soms ook zijn wie dan precies wil dat de patiënt sterft, de patiënt zelf of de geïnternaliseerde ander, de dader(s).<sup>67</sup>

### ***3.2.7 Beperkte onderzoeksgegevens***

De overgrote meerderheid van de euthanasieverzoeken op grond van psychisch lijden wordt afgewezen, ook door het EE. Hoe vaak dat gebeurt op grond van twijfels aan iemands wilsbekwaamheid is niet bekend. Er is slechts één onderzoek dat er rechtstreeks iets over zegt. In een retrospectief onderzoek van dossiers van het EE bleek dat de wilsbekwaamheid in slechts drie procent van de gevallen een reden was voor afwijzing van het verzoek.<sup>68</sup>

Onderzoek naar het vaststellen van wils(on-)bekwaamheid betreft voornamelijk een relatief kleine subgroep, namelijk patiënten met primair psychotische stoornissen. Zoals hierboven al aangeduid in de paragraaf over psychische functies hebben de gangbare meetinstrumenten bovendien vele beperkingen.<sup>69</sup>

### ***3.3 Het tweede zorgvuldigheidscriterium: er moet sprake zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.***

---

<sup>67</sup> Bessel van der Kolk – The body keeps the score, Viking Press, 2014 – dit boek geeft een goede indruk van de sporen van traumatisering, zowel psychiatrisch als somatisch;

<sup>68</sup> Kammeraat M, Kölling P. *Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum euthanasie*, Den Haag: Expertisecentrum Euthanasie, 2020

<sup>69</sup> Irma Hein, Adger Hondius, *Wilsbekwaamheid in de medische praktijk*, p 102, Utrecht, De Tijdstroom 2018

### **3.3.1 Begripsbepaling: het lijden**

In de context van de ‘klassieke’ euthanasie bij lichamelijk terminaal zieke patiënten wordt het lijden vooral bepaald door symptomen als benauwdheid, pijn, misselijkheid en ernstige vermoeidheid. Dan, maar eens te meer in de context van euthanasie in de psychiatrie, is het belangrijk het lijden nader te omschrijven. Het uitgangspunt in de euthanasiewet is dat er een medische grondslag is. Lijden staat echter niet op zichzelf en omvat meer dimensies. Verhofstadt *et al.* onderscheiden tussen medisch, intra-persoonlijk (psychologisch), interpersoonlijk (relationeel), maatschappelijk en/of existentieel.<sup>70</sup> Een samenspel van factoren speelt in het ontstaan en in de beleving ervan dus een rol. Te denken valt aan uiteenlopende zaken zoals symptomen van stoornissen, ineffectiviteit van behandeling, bijwerkingen van medicatie, gevolgen van trauma’s (waaronder ook trauma’s als gevolg van eventuele gedwongen opnames), verlieservaringen, conflicten, sociaaleconomische kwesties (armoede, slechte behuizing of werkeloosheid), en een fundamentele twijfel aan de zin van het bestaan en het eigen leven.

De betekenisverlening bepaalt of sprake is van lijden en in hoeverre dat ondraaglijk is. Hier kan de eigen psychopathologie ook weer een rol spelen. Veel patiënten hebben last van strenge zelfkritiek en ervaren negatieve gevoelens zoals schaamte en schuld. Aan die negatieve gevoelens en aan het lijden zelf kan bijvoorbeeld als betekenis worden verleend: ‘ik heb dit verdiend’. Dit kan ertoe leiden dat het lijden als een soort straf langdurig wordt doorstaan. Den Hartogh benadert het als volgt: het maakt een groot verschil of men denkt ‘dit gaat voorbij’ of: ‘dit kan alleen maar erger worden en ik ga dood’. Het baren van een kind kan zeer pijnlijk zijn maar dit betekent op zichzelf geen lijden, in tegenstelling tot dezelfde mate van pijn, als de oorzaak een ernstige ziekte is.<sup>71</sup>

### **3.3.2 Ondraaglijkheid**

Of lijden wordt ervaren als ondraaglijk is in onbekende, maar waarschijnlijk aanmerkelijke mate subjectief. Het is bij een euthanasieverzoek echter de arts die zich hier een oordeel over moet vormen, althans: die arts zal tot een zekere mate van invoelbaarheid van de ondraaglijkheid moeten concluderen. Daartoe zal de arts de patiënt moeten zien en spreken. De *Euthanasiencode* stelt de invoelbaarheid en begrijpelijkheid van het lijden als voorwaarde.<sup>72</sup> Volgens de beroepsrichtlijn hoeft de ondraaglijkheid echter niet invoelbaar te zijn, maar moet deze wel enigszins begrepen worden.<sup>73</sup> Een argument voor het ‘niet invoelbaar’ hoeven zijn kan zijn dat niet elke patiënt zich ‘invoelbaar’ kan presenteren. Zowel de *Euthanasiencode* als de richtlijn maken duidelijk dat de arts zich in ieder geval in de patiënt moet verdiepen. In de *Euthanasiencode* worden levensloop, ziektegeschiedenis, persoonlijkheid, waarden en draagkracht genoemd. In de beroepsrichtlijn betreft het inschatting van draaglast en draagkracht, de levensloop, de psychiatrische voorgeschiedenis, de persoonlijkheid en het vermogen om te gaan met problemen.

---

<sup>70</sup> Monica Verhofstadt, Lieve Thienpont, Gjalte-Jorn Ygram Peters. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 211(4), pp 238-245, 2017

<sup>71</sup> Govert den Hartogh, *What kind of death* p 99

<sup>72</sup> RTE, *Euthanasiencode* p 26, 2022

<sup>73</sup> [www.richtlijnen-database.nl](http://www.richtlijnen-database.nl) richtlijn levensbeëindiging op verzoek in de psychiatrie, p 40, 2018

### 3.3.3 De invloed van de arts-patiënt relatie

Een empathische arts kan zich in de patiënt verplaatsen, hem begrijpen en aanvoelen. Compassie is meeleven en voor de patiënt het goede willen doen. Compassie kan ook een vorm van genade zijn. In de arts-patiënt relatie zijn empathie en compassie helpend. De kunst is echter zich als behandelaar gevoelsmatig niet aan de patiënt ‘over te leveren’. De arts zou mee kunnen gaan in de hopeloosheid van de patiënt en diens vernauwde blik. De relatie zou soms een ander karakter kunnen krijgen, meer vriendschappelijk worden, of eigenlijk: lijken. Een confrontatie met ernstig lijden kan de arts overweldigen, verlammen of juist aanzetten tot gepassioneerde actie. De rationaliteit van de beoordeling van een euthanasieverzoek kan hieronder lijden.<sup>74</sup> Dit probleem sluit aan bij het door Rümke geïntroduceerde en door psychiaters algemeen onderschreven streven naar maximale nabijheid, met behoud van distantie.<sup>75</sup>

### 3.3.4 Uitzichtloosheid

Terwijl in het tweede zorgvuldigheidscriterium de ondraaglijkheid het vooral (maar niet uitsluitend) subjectieve element is, is de uitzichtloosheid de meer objectieve kant. Voor patiënten kan uitzichtloosheid echter onderdeel vormen van de ondraaglijkheid. In de *Euthanasiencode* wordt hier ook op gewezen. Door artsen wordt met uitzichtloosheid met name bedoeld dat er geen perspectief meer is op behandeling of verlichting. De *Euthanasiencode* legt in de bespreking hiervan de nadruk op de diagnose en de prognose.<sup>76</sup> De richtlijn van de NVvP stelt echter dat het juist niet gaat om de diagnose(n) maar om de specifieke individuele situatie.<sup>77</sup> De diagnostiek is hiervoor natuurlijk wel relevant. Problematisch is dat bij de grote meerderheid van de patiënten verschillende classificaties tegelijkertijd zijn gesteld (co-morbiditeit), en dat de inzichten in wat er aan de hand is per arts kunnen verschillen. Richtlijnen bieden enig houvast, maar er is ondanks alle kennis nog veel onzekerheid. Over hoe uitzichtloosheid moet worden vastgesteld kan alleen al daarom geen overeenstemming bestaan. Hier komt de vraag nog bij of het wel goed is om te stoppen met het bieden van hoop. Psychiaters beschouwen dat juist als kerntaak. De vraag is bijvoorbeeld welke uitwerking de boodschap ‘ik denk inderdaad dat u redelijkerwijs bent uitbehandeld’ heeft op de patiënt. De euthanasieoptie kan hoop geven, maar ook wegnemen. Bovendien kan de patiënt zelf behandeling weigeren of saboteren. Ook dit kan gevolgen hebben voor de inschatting van de uitzichtloosheid.<sup>78</sup>

De paradox is dat de beoordeling plaatsvindt op basis van het verleden, maar iets moet zeggen over de toekomst, die bij psychiatrische patiënten onzeker is. Zij zijn bovendien gemiddeld vrij jong: hebben weinig verleden, en veel toekomst. Wat betreft het verleden: het kan ook

---

<sup>74</sup> Tom L. Beauchamps, James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*, pp 38-39, 2019

<sup>75</sup> H.C. Rümke, *Psychiatrie deel I*, Amsterdam, Scheltema en Holkema, 1943

<sup>76</sup> RTE, *Euthanasiencode* p 26, 2022

<sup>77</sup> [www.richtlijnen database.nl](http://www.richtlijnen database.nl) richtlijn levensbeëindiging op verzoek in de psychiatrie, p 40, 2018

<sup>78</sup> Sisco M.P. van Veen, Andrea M. Ruissen, Guy A.M. Widdershoven, Irremediable psychiatric suffering in the context of physician-assisted death: a scoping review of arguments, *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(9), 593-603, 2020

moeilijk zijn de kwaliteit van verrichte diagnostiek en behandeling te beoordelen. Wat betreft de toekomst: revisie kan tot nieuwe inzichten leiden, en in de loop van de jaren kunnen nieuwe behandelopties verschijnen.<sup>79</sup>

### **3.4 Het vierde zorgvuldigheidscriterium: er is geen redelijke andere oplossing**

#### **3.4.1 Begripsbepaling: redelijkheid**

Dat ook dit criterium niet eenduidig geïnterpreteerd kan worden is meteen duidelijk, immers: wat is ‘redelijk’? Dit vierde criterium ligt in het verlengde van de ‘uitzichtloosheid’ uit het tweede. Daar is het vooral de arts die beoordeelt. Hier heeft de inbreng van de patiënt extra gewicht. Arts en patiënt moeten er met elkaar over in overleg. De ruime aandacht is legitiem. Er is na euthanasie immers geen weg terug.<sup>80</sup> De focus is de ‘redelijkheid’ van mogelijkheden die er wellicht nog zijn. Dat wil zeggen: is van zo’n mogelijkheid binnen afzienbare tijd een positief effect te verwachten, zo ja, hoe groot is de kans daarop, en staat dit in verhouding tot mogelijke risico’s en de belasting voor de patiënt?<sup>81</sup> Anders gezegd: trekt de patiënt dit nog? Daarbij zal ook de ziekte van de patiënt van belang zijn. Zo zal een ernstig depressieve patiënt alleen al door de vermoedheid een behandeling al snel te zwaar vinden, en er door de somberheid en negatieve gedachten het nut ervan niet inzien.

#### **3.4.2 Diagnostiek als noodzakelijke basis**

Voor het inschatten van perspectief, of uitzichtloosheid, is idealiter een adequate beschrijvende diagnose geformuleerd, die holistisch is en zoveel mogelijk recht doet aan de complexiteit van de patiënt. De diagnostiek is echter (inter)-subjectief, psychiatrische stoornissen hebben weinig objectieve kenmerken. De psychiater moet het vooral hebben van gesprekken en observatie. Het internationaal gebruikte classificatiesysteem DSM geeft wat houvast maar is voor de diagnostiek als geheel onvoldoende. Als voorbeeld: de classificatie een ‘matig ernstige depressie’ geeft weinig richting aan hoe te (be-)handelen, en geeft onvoldoende inzicht in het perspectief of een gebrek daaraan, ofwel uitzichtloosheid. De betrouwbaarheid en de validiteit van psychiatrische diagnostiek zijn beperkt. Psychiatrische classificaties zijn constructen op basis van afspraken. De bevindingen van psychiaters lopen nogal eens uiteen. Bovendien is co-morbiditeit de regel. De kwaliteit, uitvoerigheid en onderbouwing van de diagnostiek bepalen echter sterk in hoeverre en hoe goed uitzichtloosheid kan worden ingeschat. Als er te weinig documentatie is, of als die niet goed te volgen is, zal meer tijd en geld nodig zijn, maar die zijn beiden schaars.

#### **3.4.3 De mogelijkheid van weigering**

De ervaring van de patiënt met een euthanasieverzoek is veelal een lange en onaangename weg in de hulpverlening. Bij de patiënt is vaak sprake van ‘behandelmoeheid’. Dit maakt de

---

<sup>79</sup> Sisco M.P. van Veen, Andrea M. Ruissen, Aartjan T.F. Beekman, Natalie Evans, Guy A.M. Widdershoven, ‘Establishing irremediable psychiatric suffering in the context of medical assistance in dying in the Netherlands: a qualitative study’, *Canadian Medical Association Journal*, 194, pp 485-491, 2022

<sup>80</sup> RTE, *Euthanasiecode 2022* p 28

<sup>81</sup> [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeiniging\\_op\\_verzoek\\_psychiatrie](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeiniging_op_verzoek_psychiatrie) pp 44-46



uitdaging en de complexiteit van de beoordeling of er voor de euthanasie nog een redelijk alternatief is nog groter.<sup>82</sup> Een (zoveelste) voorstel tot behandeling, of zelfs alleen maar van verlichting van de klachten, kan worden geweigerd. Dwang is niet toegestaan, althans niet bij voldoende wilsbekwaamheid en in afwezigheid van expliciet gevaar voor de patiënt zelf en/of voor de omgeving. In de afweging van uitzichtloosheid mag een factor zijn hoeveel in het verleden al is geprobeerd. Niettemin kan een weigering voor de arts wel een reden zijn niet meer (of nog niet) aan het euthanasieverzoek te willen voldoen.<sup>83</sup>

Volgens den Hartogh is een gebruikelijke kritiek op de RTE dat een euthanasie als ‘zorgvuldig’ wordt beoordeeld terwijl een voor de onderhavige pathologie gebruikelijke standaardbehandeling niet is geprobeerd.<sup>84</sup> Hij verwijst naar een artikel van Kim e.a. waarin een onderzoek wordt besproken van 66 patiënten in de periode 2011-2014. 56 procent had minimaal één behandeling geweigerd, meestal in verband met gebrek aan motivatie (niet behandeld willen worden), bezorgdheid om mogelijke bijwerkingen en twijfel aan de effectiviteit.<sup>85</sup> Naar dit onderzoek werd verwezen in een openbare actiebrief tegen euthanasie in de psychiatrie, in november 2017 opgesteld door de psychiaters Bram Bakker en Esther van Fenema. De aanleiding hiervoor was een uitzending van *Een Vandaag* (zie ook hoofdstuk 3). Meer dan 70 psychiaters hebben de petitie ondertekend.<sup>86</sup> Den Hartogh beschrijft dat van elke mogelijke psychiatrische aandoening lijsten worden gemaakt van bewezen effectieve behandelingen die geprobeerd zouden moeten zijn alvorens euthanasie toe te passen. Dan ontstaat wel het risico dat dit een soort afvinklijstje wordt. Voor de patiënt kan de enige motivatie voor behandeling worden dat deze hem een stap dichterbij de euthanasie brengt. De vraag is in hoeverre zo’n opgelegde behandeling kans van slagen heeft, en alleen wordt gebruikt om euthanasie te legitimeren.<sup>87</sup>

### **3.4.4 ECT: levensreddend of bevestiging van uitzichtloosheid? (als voorbeeld)**

Een behandeling die in casusbeschrijvingen vaak wordt genoemd wordt is elektroconvulsie-therapie (ECT). Hierbij worden onder narcose kleine stroomstoten toegediend, waardoor een epileptische aanval ontstaat. De voornaamste indicatie is de zeer ernstige depressieve episode, in het kader van een primaire stemmingsstoornis, met name als het gehele medicatiebehandelprotocol adequaat is doorlopen. Bij de juiste indicatie heeft ECT vaak een goed effect. Bij vele andere therapieresistente klachten, ook depressieve klachten in het kader van een persoonlijkheidsstoornis of veroorzaakt door trauma, bestaat voor ECT echter geen indicatie.<sup>88</sup> Toch wordt ECT ook dan toegepast. Waarom dit zo is, is onduidelijk. Of een behandeling met ECT als ‘redelijk’ kan worden ingeschat zal op verschillende manieren samenhangen met de indicatiestelling. Zeer ernstige depressieve patiënten zullen dit

---

<sup>82</sup> Sisco M.P. van Veen, Andrea M. Ruissen, Aartjan T.F. Beekman, Natalie Evans, Guy A.M. Widdershoven, Establishing irremediable psychiatric suffering in the context of medical assistance in dying in the Netherlands: a qualitative study, *Canadian Medical Association Journal*, 194, pp 485-491, 2022

<sup>83</sup> RTE, *Euthanasiecode 2022* p 29

<sup>84</sup> Govert den Hertogh, *What kind of death*, New York, Routledge 2023 pp 257

<sup>85</sup> Scott Y.H. Kim, Raymond G. de Vries, John R. Peteet, Euthanasia and Assisted Suicide of Patients with Psychiatric disorders in the Netherlands 2011-2014, *JAMA Psychiatry*, 2016;73(4): 362-368

<sup>86</sup> <https://brambakker.com/actiebrief-tegen-euthanasie/> (hier is de tekst van de petitie nog terug te vinden)

<sup>87</sup> Govert den Hertogh, *What kind of death*, New York, Routledge 2023 pp 258-259

<sup>88</sup> [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl), richtlijn elektroconvulsie-therapie 2021

alternatief als gevolg van hun ziekte niet redelijk vinden. Uitzichtloosheid is echter in principe niet van toepassing als de kans op een positief effect groot is. ECT heeft wel een ‘slechte naam’. ECT roept veel angst op. Dat kan de redelijkheid negatief beïnvloeden maar dan is een ander zorgvuldigheidscriterium aan de orde: de plicht de patiënt zorgvuldig te informeren. Relevant zijn vooral de kans op effectiviteit, de te verwachten belasting voor de patiënt, de mogelijke bijwerkingen en de kansen daarop. Angst voor geheugenverlies is niet onterecht, al zal dat geheugenverlies vaak tijdelijk zijn. Helaas is het niet mogelijk om voor een individuele patiënt een voorspelling te doen. Een onderzoeksbevinding (op groepsniveau) is een kans van 13 % op ernstige bijwerkingen. Feitelijk te geven informatie is anderzijds dat 12 % juist een verbetering van het geheugen ervaart.<sup>89</sup> De ‘redelijkheid’ van het alternatief (in dit geval dus ECT) moet volgens de wet uiteindelijk door arts en patiënt onderling worden bepaald. Zij kunnen daarbij beiden beïnvloed zijn door de beeldvorming rondom deze behandeling. Dit illustreert eens te meer dat de beoordeling van uitzichtloosheid persoonsgebonden is.

### **3.4.5 Andere mogelijk redelijke alternatieven**

De laatste jaren wordt erop gewezen dat de oplossing te vaak en te lang gezocht wordt in ‘behandelingen’ van ‘stoornissen’. Dit lukt vaak niet, en zeker niet als een patiënt (nog) niet goed begrepen wordt. Volgens de gebruikelijke ‘stepped care’ wordt de patiënt vervolgens verwezen naar een meer gespecialiseerde instelling, met een nauwere focus, waar het nog minder goed lukt, zodat de patiënt als ‘uitbehandeld’ wordt beschouwd en wordt verwezen naar de chronische zorg, maar eigenlijk wordt verwaarloosd. Dit kan bijdragen aan wanhoop en uiteindelijk tot een euthanasieverzoek. Delespaul e.a. beschreven dit al in 2018 als een schadelijke bijwerking van de huidige GGZ. Zij bedrijven geen antipsychiatrie maar pleiten voor een nieuwe GGZ.<sup>90</sup>

Bij veel patiënten leidt het goed volgen van de richtlijnen best tot een goed resultaat, maar als dat niet zo is, ook als een euthanasieverzoek is gedaan, is er een kans dat een andere benadering alsnog perspectief biedt. Dan kan de herstelgedachte relevant zijn. Bij de focus op herstel is het doel van de behandeling het verbeteren van de omstandigheden en het probleemoplossend vermogen, zodanig dat het leven leefbaar wordt. Dan kan het bijvoorbeeld gaan om het bevorderen of herstellen van sociale contacten, het vinden van een dagbesteding of (vrijwilligers-)werk, het ontwikkelen van een hobby, verbetering van huisvesting of aandacht voor spiritualiteit of godsdienst.<sup>91</sup> Dit kan ook passen in het concept palliatieve psychiatrie, dat wel bekend is maar nog onvoldoende is ontwikkeld. Inspirerend, met name als herstel in de genoemde betekenis ook te hoog gegrepen is, kan het Vlaamse ‘schelpzorgmodel’ (ook wel crustatieve zorg genoemd) zijn. In dat model is de zorg in het geheel niet meer gericht op curatie of herstel in de brede betekenis. De doelgroep wordt gevormd door mensen met ernstige chronische psychiatrische aandoeningen. In het model is

---

<sup>89</sup> E. Verwijk, J. Obbels, H.P. Spaans, P. Sienaert, Dokter, komt mijn geheugen terug? – *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 10, pp 632-637 2017

<sup>90</sup> Philippe Delespaul, Michael Milo, Frank Schalken, Wilma Boevink, Jim van Os, *Nieuwe GGZ!* p 142 Houten, Bohn Stafleu en van Loghum 2018

<sup>91</sup> <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/herstelondersteuning/herstelondersteuning>

de zorg gericht op de kwaliteit van leven. Er is dan aandacht voor de lichamelijke klachten en problemen, er is aangepaste en accepterende psychologische zorg, een gericht zijn op vermindering van lijden en toename van welbevinden, er wordt gewerkt aan veiligheid en bescherming in de sociale (woon-)omgeving en er is aandacht voor de spirituele en existentiële dimensie. Die laatste heeft betrekking op zingeving en betekenisverlening, met aandacht voor verlieservaringen, en de moeilijkheid van het bestaan.<sup>92</sup>

Een standpunt kan zijn dat ook op dit soort manieren intensief gewerkt moet zijn, alvorens euthanasie te overwegen. Het zal echter afhangen van de horizon van de psychiater en diens (verwijs-)mogelijkheden en -bereidheid, in samenspel met de actuele omstandigheden, de actuele symptomatologie en de behandel- en levensgeschiedenis van de patiënt, in hoeverre is geprobeerd, of geprobeerd zal worden, tot een leefbaar leven te komen, zodanig dat de euthanasiewens verdwijnt.

### **3.5 Tot slot**

De complexiteit van de beoordeling van het weloverwogen en het (extern en intern) vrijwillige karakter van een euthanasieverzoek is in dit hoofdstuk aan de orde geweest. Dit geldt ook voor de complexiteit van het lijden, als reactie van de patiënt op diens situatie. Lijden is subjectief maar moet ook tot op bepaalde hoogte geobjectiveerd worden. De arts-patiëntrelatie kan in de beoordeling een belangrijke rol spelen. De ‘redelijkheid’ van een andere oplossing is (inter)-subjectief. Adequate diagnostiek is een voorwaarde. Het is een probleem dat alternatieven geweigerd kunnen worden. Er zijn altijd vele mogelijkheden met verschillende perspectieven, ook buiten de horizon van de enkele arts of patiënt. Arts en patiënt moeten er in ieder geval met elkaar over in gesprek. In hoeverre de beschreven complexiteit van de zorgvuldigheidscriteria zichtbaar in bepaalde mediaproducties zichtbaar wordt, c.q. hoe daarmee wordt omgegaan, komt aan bod in het volgende hoofdstuk.

---

<sup>92</sup> I. de Corte, F. Verfaillie, L. Moureau, K. van Ballaer, I. De Geest, A. Liégeois, Schelpzorg, een palliatief zorgmodel voor patiënten met een ernstige, persisterende psychiatrische aandoening, *Tijdschrift voor Geneeskunde*, pp 333-339 jan 2021 doi.org/10.47671/TVG.77.20.177

## Hoofdstuk 4 – de euthanasiewet en de mediaproducties op televisie

In het vorige hoofdstuk is aandacht besteed aan de drie in het verband van deze thesis meest relevante zorgvuldigheidscriteria uit de Euthanasiewet, namelijk het vrijwillig en weloverwogen verzoek, ondraaglijk en uitzichtloos lijden, en de afwezigheid van een redelijk alternatief. In dit hoofdstuk gaat het om hoe aspecten daarvan naar voren komen in NPO-televisieprogramma's uit de periode 1-1-2014 – 31-05-2024, zoals aangekondigd in hoofdstuk 2.

In 4.1 volgt een chronologisch overzicht van die producties, met in de voetnoten een link naar internet en een aanduiding van de positiebepaling van het programma. Duidelijk zal worden dat zich in de loop van de tijd een verschuiving heeft voorgedaan. Bij de links staan tijden vermeld die aangeven welke delen relevant zijn voor euthanasie in de psychiatrie. Met name bij citaten volgt in de voetnoten een verwijzing naar de precieze vindplaats.

In 4.2 tot en met 4.4 komen de genoemde zorgvuldigheidscriteria zelf aan bod. Beschreven wordt wat we kunnen zien en horen. Daarbij zijn we uiteraard ook attent op aspecten die niet expliciet worden uitgesproken maar waarin bepaalde argumenten, gevoelens en aannames impliciet aanwezig zijn, dan wel lijken. Net als in hoofdstuk 3 zijn de uitzichtloosheid en het ontbreken van een redelijk alternatief bij elkaar genomen. In 4.5 volgen nog wat aanvullende citaten en opmerkingen, met name naar aanleiding van de wet en de programma's als geheel. Conclusies en nadere discussie volgen in hoofdstuk 5.

### 4.1 Overzicht van mediaproducties

(1) 24-02-2014. *Moeders springen niet van flats* (VARA)

Elena Lindemans behandelt in deze documentaire de zelfdoding van haar moeder in 2002. Zij had enkele maanden daarvoor een euthanasieverzoek gedaan, maar dat was niet gehonoreerd. Lindemans ontdekte dat euthanasie bij psychiatrische patiënten nauwelijks voorkwam en presenteert dit als een maatschappelijk probleem. Haar overtuiging is dat haar moeders zelfdoding voorkomen had kunnen worden als het verzoek zou zijn ingewilligd.<sup>93</sup>

(2) 15-02-2016. *Levenseindekliniek* (NTR), op diezelfde dag gevolgd door *Napraten over Levenseindekliniek* (NTR) en op 16-02-2016 gevolgd door een nabespreking bij *De wereld draait door* (VARA)

Voor deze documentaire van Marcel Ouddeken en Hans Kema zijn drie patiënten gedurende anderhalf jaar gefilmd. Zij kregen euthanasie van de Levenseindekliniek. Onder hen was één psychiatrisch patiënt, de zestiger dhr. Vervloet. Direct na de uitzending volgde in *Napraten over Levenseindekliniek* een discussie onder leiding van Coen Verbraak. Hierin werd ook kritiek geleverd, met name door de psychiater Frank Koerselman. De dag na de uitzending volgde in *De wereld draait door* een gesprek van Matthijs van Nieuwkerk met de directeur

---

<sup>93</sup> <https://www.2doc.nl/documentaires/2014/02/moeders-springen-niet-van-flats.html>

van de Levensidekliniek Steven Pleiter, met de euthanaserend arts uit de documentaire Remco Verwer en met neurowetenschapper Victor Lamme.<sup>94</sup>

(3) 11-11-2017. *Een vandaag* (AVROTROS)

In een rapportage van dit programma was uit de mond van de psychiaters Jim van Os, Damiaan Denys en vooral Frank Koerselman kritiek te horen. Koerselman zei: 'ik vind het verschrikkelijk wat daar gebeurt'. Voor zover mij bekend is dit de laatste veelbekeken uitzending geweest waarin euthanasie bij psychiatrische patiënten zo heftig werd bekritiseerd.<sup>95</sup>

(4) 09-09-2018. *Buitenhof* (VPRO)

Naar aanleiding van twee oordelen 'onzorgvuldig' van de RTE ging in deze aflevering van *Buitenhof* psychiater Denys in debat met de genoemde directeur van de Levensidekliniek Steven Pleiter. Denys liet een kritisch geluid horen, maar liet aan het eind ook weten blij te zijn met het werk van de Levensidekliniek. Pleiter verdedigde dat werk.<sup>96</sup>

(5) 24-04-2019 *Veda beslist zélf: jong en een euthanasiewens*. BNNVARA, inclusief voorgesprek en nagesprek

Deze documentaire van Jessica Villerius ging over Veda<sup>97</sup>, die zich bij de Levensidekliniek aanmeldde toen ze 17 jaar oud was. In de documentaire was ze twee jaar ouder. Het bijzondere van haar verhaal is dat de euthanasie niet doorging, maar de optie werd voorgesteld als positief. De maakster wilde jonge mensen met een doodswens vanwege psychisch lijden een stem geven.<sup>98</sup>

(6) 25-01-2023 *Op 1*. MAX.

In deze uitzending kwamen drie moeders aan het woord. Hun dochters kregen op zeer jonge leeftijd euthanasie. Verder was de betrokken euthanaserend psychiater, Kit Vanmechelen, aanwezig. Euthanasie werd geschetst als uitweg. Het beeld was positief.<sup>99</sup>

---

<https://www.2doc.nl/documentaires/2016/02/delevenseidekliniek.html>,

00'00''-02'35'' 09'15''-16'11'' 21'09''-25'08'' 38'51''-42'27''

Gevolgd door: <https://npo.nl/start/video/napraten-over-de-levensidekliniek>,

00'00''-6'18'' 13'31''-17'48'' En gevolgd door:

[https://npo.nl/start/serie/de-wereld-draait-door/seizoen-12/de-wereld-draait-door\\_1734/afspelen](https://npo.nl/start/serie/de-wereld-draait-door/seizoen-12/de-wereld-draait-door_1734/afspelen)

07'21''-28'43''

<sup>95</sup> <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/eenvandaag-11-11-2017/>

00'00''-09'43''

<sup>96</sup> <https://www.vpro.nl/buitenhof/kijk/afleveringen/2018/Buitenhof-9-september-2018.html>

40'04''-53'57''

<sup>97</sup> Achternaam niet genoemd, vandaar alleen de voornaam

<sup>98</sup>

<https://npo.nl/start/serie/veda-beslist-zelf/seizoen-1/veda-beslist-zelf-jong-en-een-euthanasiewens/afspelen>

0'00''-01'20''

<sup>99</sup> [https://npo.nl/start/serie/op1/seizoen-4/op1\\_103/afspelen](https://npo.nl/start/serie/op1/seizoen-4/op1_103/afspelen)

23'12''-46'35''

(7) 09-02-2023 *Karo wil goed dood*. HUMAN.

In deze documentaire van Xena Maria Evers werd Karo<sup>100</sup> (29) geportretteerd. De verschillende stappen in haar euthanasietraject werden gevolgd. Het geschetste beeld was neutraal tot positief.<sup>101</sup>

(8) 04-10-2023 *Khalid en Sophie*. BNNVARA.

In deze aflevering was een opname te zien van een gesprek dat twee dagen voor de uitzending was opgenomen. Hierin kwam dhr. Mulder (31) aan het woord. De middag voorafgaand aan de uitzending zou hij euthanasie krijgen. Ook euthanaserend psychiater Menno Oosterhoff nam deel aan het gesprek. Dhr. Mulder vertelde over zijn missie, dat het heel moeilijk was een waardig einde te bereiken bij ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Euthanasie werd door hem voorgesteld als oplossing voor een noodsituatie.<sup>102</sup> Het beeld dat het programma schetste van euthanasie was positief.

(9) 06-12-2023 *Op 1*. AVROTROS.

In deze uitzending werd aandacht besteed aan euthanasie bij jongeren, en dan met name Milou<sup>103</sup> (17 jaar), voor zover bekend de eerste jongere onder de 18 bij wie dit werd toegepast. De gesprekspartners waren Milous moeder en de euthanaserend psychiater Oosterhoff. Het geschetste beeld was positief.<sup>104</sup>

(10) 06-05, 13-05, 20-05, 27-05-2024 *Een goede dood*. BNNVARA.

In dit vierluik van Elena Lindemans, bekend van de al genoemde documentaire *Moeders springen niet van flats* uit 2014, kwamen zes mensen aan bod, onder wie drie bij wie psychiatrische problematiek centraal stond, te weten Yvonne (56), Marte (26) en Pythia<sup>105</sup> (64). Yvonne kreeg euthanasie van haar behandelende psychiater Nynke Dijkema, Marte en Pythia van euthanaserend psychiater Kit Vanmechelen. De maakster wilde onderzoeken hoe het in Nederland tien jaar later met euthanasie op grond van psychisch lijden was gesteld. Euthanasie werd voorgesteld als positief en als laatste behandelmogelijkheid.<sup>106</sup>

---

<sup>100</sup> Achternaam niet genoemd, vandaar alleen de voornaam

<sup>101</sup>

<https://www.2doc.nl/documentaires/2023/02/karo-wil-goed-dood.html>

<sup>102</sup>

<https://tvblik.nl/sophie-jeroen/4-oktober-2023>

22'28''-46'30''

<sup>103</sup> Achternaam niet genoemd, vandaar alleen de voornaam

<sup>104</sup> [https://npo.nl/start/serie/op1/seizoen-4/op1\\_290/afspelen](https://npo.nl/start/serie/op1/seizoen-4/op1_290/afspelen)

38'48'' – 57'05''

<sup>105</sup> Achternamen niet genoemd, vandaar alleen de voornamen.

<sup>106</sup>

## 4.2 Het vrijwillige en weloverwogen verzoek

De moeder uit *Moeders springen niet van flats* heeft zichzelf gedood. We horen opnamen die zijn gemaakt tijdens de uitvaart en zien haar toenmalige vriend die voorleest wat zij hem had gevraagd op te schrijven. ‘Ik kan nu nog met je praten... mijn wil is weg, ik heb geen wil meer, de paniek slaat onmiddellijk toe... ik kan niet meer stilzitten... ik word hartstikke gek, ik ben het eigenlijk al... ik wil dood, ze moeten me doodmaken.’<sup>107</sup> Duidelijk wordt dat ze wilde gaan, ze had geen kracht meer. We horen de zus van de documentairemaakster: ‘ik was de laatste uren voor je dood bij je, je liep als een gekooid dier rond, je ogen waren nooit zo hol geweest... ik ben woedend dat je genoodzaakt was om op deze manier uit het leven te stappen, het was onmenselijk, moeder mogen niet van flats springen, dat mag nooit’.<sup>108</sup> Deze zelfdoding, in 2002, had volgens de documentairemaakster niet hoeven plaatsvinden. Haar moeder had immers om euthanasie gevraagd, maar dat was afgewezen. Wat voor effect dat had weten we niet, en we weten ook niet hoe ze eraan toe was op het moment dat ze het verzoek deed. Vlak voor haar dood leek ze tot helder nadenken in elk geval niet in staat. De maakster over de dag voor de zelfdoding: ‘We waren de hele dag bezig haar tegen te houden...’ En over hoe haar moeder riep: ‘...laat me gaan’.<sup>109</sup> Er is in de documentaire geen aanwijzing dat haar moeder tot haar verzoek om euthanasie of tot haar zelfdoding door derden of door omstandigheden op een directe zin manier was aangezet. Haar vriend zei op het laatst wel: ‘Als dit echt is wat je wilt liefje, dan moeten we je laten gaan’.<sup>110</sup> Hoe dan ook, ze was geliefd, haar daad moet extern vrijwillig zijn geweest, het lag voor zover te beoordelen op dat moment niet aan anderen of aan de omstandigheden. De mate van interne vrijwilligheid lijkt echter ingewikkelder. Daarbij is aan de orde in hoeverre eigen onvermogen, met name door de aanwezige psychopathologie, het voor de patiënte onmogelijk maakte voor zichzelf een goede, verantwoorde beslissing te nemen. Het is niet onmogelijk dat een onafhankelijk psychiater van een crisisdienst haar wilsbekwaamheid ten tijde van het euthanasieverzoek of vlak voor haar dood als beperkt of afwezig zou hebben beoordeeld, en haar wellicht gedwongen zou hebben laten opnemen. De moeder lijkt in de greep te zijn geweest van haar

---

<https://www.2doc.nl/documentaires/2024/05/een-goede-dood/aflevering-1.html>

00'00'' - 6'30'' Marte - 12'02'' - 14'18'' Marte - 14'18'' - 16'24'' Pythia - 18'34'' - 21'05'' Marte 23'44'' - 26'08'' Pythia 32'44'' - 35'30'' Marte 37'48'' - 40'30'' Pythia 45'05'' - 48'00'' Marte

<https://www.2doc.nl/documentaires/2024/05/een-goede-dood/aflevering-2.html>

00'00''-01'43'' Marte 05'30''-06'45'' Pythia 14'06''-19'13'' Marte 21'24''-25'12'' Pythia 28'39''-31'33'' Marte 33'55''-37'02'' Pythia 41'05''-44'35'' Pythia 44'35''-47'07'' Marte 47'07''-49'30'' Pythia

<https://www.2doc.nl/documentaires/2024/05/een-goede-dood/aflevering-3.html>

05'22''-07'08'' Marte 17'55''-20'25'' Marte 22'39''-24'40'' Marte 28'17''-30'58'' Marte 34'31''-41'01'' Marte 42'47''-45'55'' Marte

<https://www.2doc.nl/documentaires/2024/05/een-goede-dood/aflevering-4.html>

00'00''-05'08'' Yvonne 09'37''-13'44'' Yvonne 13'50''-16'36'' pte die nog geen euthanasie krijgt 16'39''-17'50'' algemeen 17'50''-20'50'' algemeen 20'50''-21'05'' Yvonne 23'41''-27'58'' Yvonne 30'37''-36'52'' Yvonne 38'42''-39'58'' Yvonne

<sup>107</sup> Moeders 7'42''

<sup>108</sup> Moeders 8'20''

<sup>109</sup> Moeders 11'40''

<sup>110</sup> Moeders 13'57''

stoornis, beïnvloed te worden door de symptomen, in plaats van dat ze zelf in alle vrijheid weloverwogen controle had over haar leven en haar dood.

Aan de orde is of een verzoek om euthanasie, dus om handelen dat onherroepelijk leidt tot de dood, vrijwillig en weloverwogen is geweest. Gezien die enorme consequentie is van belang wat iemand precies wil en in hoeverre daarover is nagedacht. In veel fragmenten van de genoemde televisieprogramma's werd door of over de betrokkene iets gezegd wat kan wijzen op iemands motivatie. Een doodswens werd soms letterlijk geuit, maar dan is de vraag of die ook zo is bedoeld, en hoe vrijwillig en weloverwogen die is. Vaak was die doodswens zelf niet eens zo duidelijk te horen. Pleiter zei: 'deze mensen die bij ons komen die willen niet dood maar ze kunnen niet verder met het lijden dat ze hebben.'<sup>111</sup> Een voorbeeld van een patiënt is dhr. Vervloet (in de zestig, dwangstoornis), die in *Levenseindekliniek* tegen zijn euthanaserend psychiater Gertie Casteelen zei: 'het enigste wat ik nog graag wil is rust'.<sup>112</sup> En: 'Ik red het niet meer.'<sup>113</sup>

Mevrouw Casteelen gaf hem uitleg over de zorgvuldigheidseisen: '...ik heb wel de indruk dat u dit uit eigen vrije wil doet, dat u niet geduwd wordt of gestuurd wordt.'<sup>114</sup> Enkele minuten voor zijn euthanasie herhaalde dhr. Vervloet naar rust te verlangen, dat het op was. Casteelen: '... (hij) kan niet de dingen doen die hij wil doen, door zijn dwangstoornis'.<sup>115</sup> Deze laatste formulering stemt tot nadenken over de wilsbekwaamheid.

Psychiater Denys vertelde in *Buitenhof* dat het moeilijk is om onderscheid te maken tussen de aandoening en het verzoek. Hij gaf depressie als voorbeeld. Een doodswens kan horen bij een depressie. De beoordeling of een verzoek weloverwogen is, is zijns inziens heel lastig: 'je kan je voorstellen als je een ernstige depressie hebt, of een angststoornis, of een dwangstoornis of een persoonlijkheidsstoornis, dat het beoordelen of je werkelijk dood wilt al heel ingewikkeld is.'<sup>116</sup> Over de doodswens merkte hij op: 'driekwart van de mensen die ik zie willen niet meer leven. Die willen niet dood, maar wel: niet meer leven. Tussen niet meer leven en dood willen, daar zit een heel groot gebied.'<sup>117</sup>

De jonge psychiatrische patiënte Veda (29) zei in *Veda beslist zelf* 'Ik wil gewoon deze ellende en de herinneringen, de gedachten, maar vooral de herinneringen niet meer'.<sup>118</sup> Veda wilde euthanasie, maar niet dood, ze wilde van haar ellende afkomen. Die wil bleek heel veranderlijk. Na een afname van haar ellende, toen het duidelijk beter met haar ging, zei ze: 'Alles wat ik doe staat niet in verhouding met iemand die niet meer wil leven'.<sup>119</sup> Op haar zeventiende had ze zich gemeld bij de Levenseindekliniek, op haar twintigste was haar euthanasiewens verdwenen.

---

<sup>111</sup> Napraten over Levenseindekliniek 4'58''

<sup>112</sup> Levenseindekliniek 25'04''

<sup>113</sup> Levenseindekliniek, 23,15''

<sup>114</sup> Levenseindekliniek 14'58''

<sup>115</sup> Levenseindekliniek 11'40''

<sup>116</sup> Buitenhof 48'55

<sup>117</sup> Buitenhof 50'03''

<sup>118</sup> Veda beslist zelf 34'45''

<sup>119</sup> Veda beslist zelf 54'54''



In *Op 1* zei Denises moeder over Denise<sup>120</sup>, die op dat moment op 21-jarige leeftijd euthanasie had gekregen, dat zij had gezegd: ‘mama ik wil niet dood, maar ik kan dit leven niet meer, wil dit leven niet meer’.<sup>121</sup>

De jonge psychiatrisch patiënte Karo (29) in *Karo wil goed dood*, ‘...over een uur en een kwartier komt de second opinion psychiater, ... hij zal kijken denk ik of ik wilsbekwaam ben, of ik inderdaad nu zelf de rationele keus kan maken over mijn eigen dood, ja, ik ben niet degene die die keus mag maken, in mijn eentje, dus je bent afhankelijk van zowel de eigen psychiater als diegene die zo komt, het voelt alsof je een soort van moet solliciteren of je dood mag’.<sup>122</sup> Drie weken voor haar euthanasie, reageerde Karo op de vraag of ze er nog steeds honderd procent achterstond: ‘willen is een gek woord, omdat het voelt alsof er geen andere optie meer over is, aan de andere kant is het wel iets waar ik zelf voor kon kiezen toen en nog steeds achter sta’.<sup>123</sup> Karo sprak traag en ze leek versuft. Als kijker kun je je afvragen hoe dat komt. Het kan van jongs af aan haar ‘normale’ manier van praten zijn (maar in dat geval had ze die manier van spreken waarschijnlijk eerder ook al laten zien), ze kan depressief zijn, uitgeput door haar symptomen, en het kan komen door haar veelheid aan (versuffende) medicatie. De relevantie voor het zorgvuldigheidscriterium is de mate waarin Karo zichzelf in de hand had, helder kon denken, haar gevoelens kon begrijpen. De vraag kan ook zijn wat de mogelijke invloed is van wat een vriendin op een kaartje had geschreven: ‘ik kan alleen maar respect hebben voor je keuze, hopelijk brengt het je de rust die je al zolang zoekt...waardiger kun je niet gaan.’<sup>124</sup>

Dhr. Mulder (31, vanaf zijn kleutertijd depressief) in *Khalid en Sophie*: ‘...ik ben gewoon wilsbekwaam... ik weet dat ik te allen tijde het recht heb mijn keuze in te trekken’.<sup>125</sup> Als kijker kun je denken dat dit geheel vrijwillig en weloverwogen is. Toch is niet onbelangrijk dat zijn euthanaserend psychiater Oosterhoff precies dat leek te betwijfelen toen hij zei: ‘...ik denk ook alsof David een keuze heeft... dat is gewoon niet zo, ...hij heeft geen keuze meer om te zeggen misschien wil ik toch nog wel door... zo’n beslissing neem je natuurlijk niet zomaar’.<sup>126</sup> En later zegt dhr. Mulder ook: ‘het is ook niet dat ik dood wil, ik denk zelfs niemand wil dood, alleen ik wil deze manier van leven niet meer, ik kan het niet meer’.<sup>127</sup> De moeder van Milou (die op 17-jarige leeftijd was overleden door euthanasie) vertelde in *Op 1*: ze wilde wel leven maar ze kon niet meer’.<sup>128</sup> Milou in *Op 1*: ‘...dat ik niks waard ben, laag zelfbeeld, veel nadenken, gewoon heel somber, in bed liggen, graag had ik een ander leven gewild, maar dat is mij niet gegund’.<sup>129</sup>

---

<sup>120</sup> Achternaam wordt niet genoemd, vandaar alleen de voornaam

<sup>121</sup> Op 1, 25-1-2023, 28’42’’

<sup>122</sup> Karo’ 5,18’’

<sup>123</sup> Karo 15’54’’

<sup>124</sup> Karo 24’00’’

<sup>125</sup> Khalid en Sophie 25’03’’

<sup>126</sup> Khalid en Sophie 25’50’’

<sup>127</sup> Khalid en Sophie 30’32’’

<sup>128</sup> Op 1 6-12-23, 50’19’’

<sup>129</sup> Op 1 6-12-23, 46’46’’

De jonge psychiatrisch patiënte Marte (26) in het vierluik *Een goede dood*: ‘ik kan me niet herinneren dat ik wel wilde leven... ik kan me niet zo goed voorstellen dat je wel wil leven’.<sup>130</sup> Ze maakte duidelijk dat dit leven voor haar niet kan, ze zei niet dat ze dood wil. In datzelfde vierluik zegt euthanaserend psychiater Vanmechelen tegen Pythia (64, bipolaire stoornis) en de aanwezige vriendinnen: ‘de wilsbekwaamheid is voldoende getest’.<sup>131</sup> Dit was naar aanleiding van een vlak daarvoor geuite zorg: ‘onze zorg is dat er dan toch weer zo’n psychoseaanval komt, en dat ze dan niet wilsbekwaam is’.<sup>132</sup> Hoe de wilsbekwaamheid is getest vertelde Vanmechelen niet, maar haar boodschap was dat de ziekte heel akelig is, dat daar ontregelingen bij horen, maar dat de beoordeling geen probleem was als het zou lukken die voor te zijn.<sup>133</sup>

De vraag is in de beschreven mediaproducties telkens hoe vrijwillig en weloverwogen het euthanasieverzoek kan zijn geweest. De euthanasieprocedures en de discussies daarover worden op een bepaalde manier in beeld gebracht, en dat heeft invloed op de kijker. Dat, zoals bij Pythia en Karo, de wilsbekwaamheid concreet wordt genoemd is een uitzondering.

### 4.3 Ondraaglijk lijden

In de genoemde producties wordt het lijden verwoord en in beeld gebracht. Zo kan dit lijden begrijpelijk worden en wellicht ook invoelbaar. De dochter in *Moeders springen niet van flats*: ‘mijn moeder kreeg door alle spanning last van ernstige hoofdpijnen die nooit meer weggingen. Haar hele lijf raakte verkramp. Ze kon niet meer ontspannen. Het voelde voor haar alsof ze in een permanente oorlogssituatie zat, ze kwam in de ziektewet en verloor uiteindelijk haar baan... zo’n verkramping in haar hoofd dat ze je niet eens meer recht aan kon kijken, een enge vrouw zo’.<sup>134</sup> En: ‘...ze liep maar rondjes en bonkte met haar hoofd tegen de muur.’ Tijdens de uitvaartplechtigheid werd gezegd wat moeder had gezegd: ‘Als ik probeer te ontspannen slaat de paniek toe. Ik kan niet meer voor mezelf zorgen’.<sup>135</sup>

De toenmalige huisarts van deze vrouw vertelde dat zijn ervaring in die tijd, vlak voordat de Euthanasiewet van kracht werd, was dat lijden tijdelijk kon zijn, dat patiënten bij een opname (vanwege hun psychisch lijden) ‘even door het dal heen gingen... en ze kwamen weer terug en dan was een evenwicht bereikt, en daar waren ze over het algemeen gelukkig over’.<sup>136</sup> Hij gaf aan haar lijden wel te hebben begrepen, maar dat hij aan euthanasie niet mee kon werken. Nu, zo’n twaalf jaar later, zei hij dat hij een andere beslissing zou nemen, echter niet vanwege het lijden, maar om suïcide te voorkomen, in het belang van de nabestaanden.

In *Levenseindekliniek* vertelde De heer Vervloet gekweld en wanhopig hoe zijn dag eruitzag, dag in dag uit. Hij had een obsessief-compulsieve stoornis (dwangstoornis). Hij was bang niet serieus genomen te worden. In de ochtend na de koffie begon hij met dwanggedachtes, daarna waren de handelingen aan de beurt, kijken en tellen, hij moest alles in de kastjes en linnenkast

---

<sup>130</sup> Een goede dood I 3’04’’

<sup>131</sup> Een goede dood I 16’02’’

<sup>132</sup> Een goede dood I 15’55’’

<sup>133</sup> Een goede dood I 16’06’’

<sup>134</sup> Moeders 5’03’’

<sup>135</sup> Moeders 7’58’’

<sup>136</sup> Moeders 45’15’’

recht leggen. Daarna moest hij alles in de kamer poetsen en schoonmaken. Dit alles was in zijn vroege jeugd begonnen. De laatste anderhalf jaar moest hij zichzelf ook om de negen dagen verwonden met een scheermesje, zo diep mogelijk, zijn benen zaten vol wonden. De hem vanuit de Levenseindekliniek toegewezen psychiater Casteelen: ‘wanhoop, zijn enorme wanhoop, van o help me alsjeblieft, want ik kan hier eigenlijk niet langer meer mee leven, dat is zijn lijden, dat zie je en de manier waarop hij het vertelde, dan zie je ook het wanhopige erin, het uitzichtloze’.<sup>137</sup> En toen ze de heer Vervloet uitleg gaf over de wet: ‘en wat ook een heel belangrijk criterium is dat u moet lijden, nou dat lijkt me ook wel’.<sup>138</sup> Ze zei tegen hem dat ze het heel heftig vond, dat ze had begrepen en dat hij haar ervan had overtuigd dat hij ondraaglijk leed.

In het napraatprogramma van *Levenseindekliniek*, was psychiater Koerselman kritisch. Als antwoord op de vraag wat het verschil is tussen ondraaglijk lichamelijk en geestelijk lijden, antwoordde hij door te zeggen dat dat ondraaglijk lijden veel moeilijker is vast te stellen.<sup>139</sup> Hij lichtte dit toe door te stellen dat hij altijd met de meest ernstige patiënten gewerkt had en dat hij als zij hem vroegen te helpen uit het leven te stappen antwoordde dat daar geen sprake van kon zijn, maar dat hij hen niet in de steek zou laten. Dat zou altijd goed gegaan zijn. De interviewer leek nog niet zo tevreden met het antwoord en vroeg hetzelfde nogmaals, na te hebben opgemerkt dat lichamelijk en geestelijk lijden even ernstig zijn. Koerselman stelde dat dat nog maar de vraag is en dat het in zijn vak altijd mogelijk is om lijden te verlichten.<sup>140</sup> In *Een vandaag* merkte hij op ‘...de drempel om vast te stellen wat ondraaglijk en uitzichtloos lijden [is] zo laag geworden, dat dat zo eigenlijk niks meer betekent... dokters, psychiaters verkopen geen geluk...zware levens moeten ook geleefd kunnen worden, en daar zijn we voor, om te helpen zware levens te leven’.<sup>141</sup>

In het begin van *Veda beslist zelf* zien we Veda hard huilen, ze had er genoeg van, ze hield het niet uit. Later in de documentaire verklaarde ze altijd bang te zijn en 95 % van de tijd ongelukkig. Na afloop, tijdens het napraten, zei euthanaserend psychiater Casteelen dat zij overtuigd moet worden wat het lijden is. Dat betekent dat zij bij de bepaling van het lijden bij een psychiatrische patiënt meer wil weten dan dat de patiënt het lijden als ondraaglijk beleeft. In *Khalid en Sofie* vertelde De heer Mulder: ‘als klein kind, toen ik het begrip dood nog niet goed kende, toen voelde ik altijd al een soort spanningsbuikpijn en een soort onveilig gevoel, en later, toen ik mij cognitief meer ontwikkelde en welbespraakt werd en mijn emoties beter leerde kennen, merkte ik al ik wil hier gewoon niet zijn, ik heb eigenlijk heel mijn leven lang non stop een soort unheimisch gevoel van binnen, ik wil niet op deze wereld zijn, ik heb er geen schik van, ik kan niet genieten...’<sup>142</sup>. Zijn vader vertelde in de uitzending hoe David zich als vierjarige al van de trap liet vallen en dat hij als kind al zei dat hij ‘naar de Here Jezus wilde’. Contacten met andere kinderen waren moeilijk. Hij had buikpijn als hij naar school toe moest. Volgens zijn vader lag hij later in zijn leven veel in bed, hij beschadigde zichzelf,

---

<sup>137</sup> Levenseindekliniek 13’35’’

<sup>138</sup> Levenseindekliniek 15’11’’

<sup>139</sup> Napraten over Levenseindekliniek 1’45’’

<sup>140</sup> Napraten over Levenseindekliniek 4’00’’

<sup>141</sup> Een Vandaag, 7’07’’

<sup>142</sup> Khalid en Sophie 26’48’’

niets lukte. Het beeld dat hieruit ontstaat is dat van een man die al vanaf kinds af aan ondraaglijk leed.

In *Op 1* vertelde de jonge psychiatrisch patiënte Esther (29)<sup>143</sup> in een vooraf opgenomen filmpje, tien dagen voor haar euthanasie: ‘...ik ben echt kapot gestreden, ik ben echt kapot gewoon’.<sup>144</sup> In dezelfde uitzending vertelde de moeder van Denise dat haar dochter altijd overprikkeld was, als ze wakker werd was ze al moe, en dan moest ze de hele dag nog door, het was ‘oorlog in haar hoofd’. Ook hier kan moeilijk worden getwijfeld over de ondraaglijkheid van het lijden.

Over het lijden van Marte in *Een goede dood* vertelde haar moeder dat ze het door met haar mee te leven deels had begrepen, maar ergens ook niet. Ze zei zich van de diepte en de zwaarte te weinig bewust te zijn geweest. Marte merkte op: ‘je kunt het pas begrijpen als je het zelf voelt, of meemaakt’.<sup>145</sup> Dit kan worden opgevat als: het is alleen de patiënt zelf die kan bepalen hoe ondraaglijk het is.

In *Op 1*(25-1-2023) noemde euthanaserend psychiater Vanmechelen de ondraaglijkheid van het lijden inderdaad subjectief. Ze benaderde het dus ietwat anders dan mevrouw Casteelen. Vanmechelen: ‘de ondraaglijkheid, daar gaat vind ik alleen maar de patiënt zelf over, en we hebben de afspraak dat we dat moeten snappen, een beetje moeten zien, niet helemaal moeten invoelen’.<sup>146</sup> Dat laatste lichtte zij toe door te stellen dat mensen met psychiatrische problemen soms moeite hebben om hun binnenwereld, hun chaos, echt aan iemand anders duidelijk te maken. ‘Ze kunnen het je honderd keer vertellen, je blijft een buitenstaander’.<sup>147</sup> En dan: ‘die ondraaglijkheid, daarvan denken we, dat zal wel’.<sup>148</sup> Ze leek al met al te bedoelen dat aan het criterium van ondraaglijkheid wordt voldaan als de patiënt zegt dat het lijden ondraaglijk is.

#### **4.4 Uitzichtloosheid en het ontbreken van een redelijk alternatief**

In *Moeders springen niet van flats* werd gezegd: ‘vele hulpverleners hebben hun tanden erop stukgebeten, driemaal opgenomen, ...allerlei therapievormen en medicijnen zijn de revue gepasseerd, ze hebben geen enkel resultaat gehad’.<sup>149</sup> Een destijds behandelend psychiater legde uit dat de moeder een ernstige ziekte had, namelijk een ‘stress-stoornis’. Over de aard van die stress liet hij zich niet uit, maar de documentairemaakster wel. Volgens haar was haar moeder onderuitgegaan door de gevolgen van haar turbulente huwelijk. Jarenlang zou zij zijn geterroriseerd door de vrouw met wie haar man een buitenechtelijke relatie had. In dat geval was sprake geweest van een posttraumatische stress-stoornis. (PTSS). Mogelijk had het negatieve advies van de in consult geroepen psychiater hiermee te maken. Hij stelde dat er nog behandelmogelijkheden waren. Wellicht dacht hij aan traumabehandeling. De mate van uitzichtloosheid hangt samen met de diagnostiek, wat er aan behandeling gedaan is, en wat nog mogelijk is. De ‘redelijkheid’ van een behandeling hangt mede af van of en hoe die aan

---

<sup>143</sup> Achternaam wordt niet genoemd, vandaar alleen de voornaam

<sup>144</sup> Op 1 – 25-1-2023 24’16’’.

<sup>145</sup> Een goede dood I – 19’59’’

<sup>146</sup> Op 1 – 25-01-2023 35’45’’

<sup>147</sup> Op 1, 25-1-2023, 36’10’’

<sup>148</sup> Op 1, 25-1-2023, 36’18’’

<sup>149</sup> Moeders 7’12’’

de patiënt wordt gepresenteerd. Het beeld in de documentaire is dat van een vrouw voor wie er geen alternatief was, voor wie euthanasie daarom de enig resterende oplossing had moeten zijn.

Toen de euthanaserend psychiater van de heer Vervloet in *Levenseindekliniek* het wanhopige, en uitzichtloze benoemde van zijn woorden, doelde zij vooral op de ondraaglijkheid. Over de uitzichtloosheid zei ze dat het goed is als dokters met hem aan de slag gaan, maar volgens haar was het allemaal al gedaan, ‘ook medicijnen waren al geprobeerd, dus op een gegeven moment sta je een beetje met de rug tegen de muur en kun je alleen maar een beschermende woonomgeving bieden en dat er hulp is op het moment dat hij dat nodig vindt maar verder kunnen we dan niets bieden en dat noemen we dan uitbehandeld zijn’.<sup>150</sup>

In *Napraten over Levenseindekliniek* uitte psychiater Koerselman zich heel kritisch. De gespreksleider stelde naar aanleiding van de heer Vervloet de vraag: ‘is een zachte dood dan ook niet gewoon een kwestie van menselijkheid’. Koerselman stelde de retorische wedervraag: ‘hoe weet u dat hij is uitbehandeld?’<sup>151</sup> Hij stelde dat er nog andere behandelvormen zijn, zoals DBS (diep brain stimulation). Of de heer Vervloet dit had gehad werd niet gezegd, maar Koerselman maakte het breder: ‘er bestaat ook in de psychiatrie zoiets als palliatieve psychiatrie, er is volstrekt onvoldoende hulp, het hele traject van de palliatieve psychiatrie is volstrekt onontwikkeld, hier is nog van alles mogelijk’.<sup>152</sup> En even later: ‘Luister eens, we moeten in deze samenleving lijden verlichten maar we hoeven niet ieder lijden op te heffen door mensen dood te maken...’<sup>153</sup> De heer Vervloet zelf zag het in de documentaire anders: ‘als ik het goed doordenk en ik kies voor euthanasie, dan is het voor mij klaar’.<sup>154</sup> Zijn euthanaserend psychiater: ‘U ziet geen heil meer in therapie’. De heer Vervloet: ‘nee, niks meer.’<sup>155</sup> Voor hem was er geen redelijk alternatief, en het lijkt erop dat zijn standpunt werd gedeeld.

Veda in *Veda beslist zelf* had een groot aantal diagnosen, die mogelijk in essentie neerkwamen op gevolgen van seksueel misbruik, zij had in ieder geval PTSS. Wij zien hoe zij haar dagelijkse medicatie inneemt, een handvol pillen. In het begin van de documentaire wordt niet duidelijk in hoeverre zij gericht is behandeld. Zij wilde euthanasie en liet daar geen misverstand over bestaan. Haar behandelaar kwam niet aan het woord. Later in de documentaire is de situatie veranderd. Veda had in een groep een intensieve *Mentalisation based treatment* ondergaan en had zichzelf opgegeven voor een traumabehandeling. Nog wat later bleek de uitzichtloosheid plaats te hebben gemaakt voor optimisme.

In *Khalid en Sophie* bleek dat de heer Mulder zowel vrijwillig als gedwongen opgenomen was geweest. Schematherapie, elektroconvulsie-therapie, drama, ‘alle soorten antidepressiva’, esketamine neusspray, het hielp allemaal niet. Wel vertelde hij over een cursus, en over hoe hij had gewerkt als ervaringsdeskundige op een afdeling waar suïcidale patiënten kwamen en waar hij een brugfunctie vervulde naar het personeel. Dat had hem geholpen in zijn acceptatieproces. Het gaf hem trots en voldoening naar het behandelteam toe de luis in de pels

---

<sup>150</sup> Levenseindekliniek 14’23’’

<sup>151</sup> Napraten over Levenseindekliniek 14’20’’

<sup>152</sup> Napraten over Levenseindekliniek 15’03’’

<sup>153</sup> Napraten over Levenseindekliniek 16’14’’

<sup>154</sup> Levenseindekliniek 24’56’’

<sup>155</sup> Levenseindekliniek 23’18’’

te zijn, patiënten hadden in hem een medestander. Toch wilde De heer Mulder euthanasie, maar zijn huisarts en eigen psychiater ‘wilden of konden het niet’. Hij nam contact op met psychiater Oosterhoff, met het verzoek aan dit probleem ruchtbaarheid te geven. Deze hoorde het verhaal aan, en even later zei hij tegen de heer Mulder dat hij zijn door hem geschetste situatie niet met zijn geweten kon verenigen. Derhalve bood Oosterhoff aan zelf de euthanasie te gaan geven, een aanbod dat door de Heer Mulder dankbaar werd aanvaard. Oosterhoff stelde, als antwoord op de constatering dat iemand uiteindelijk niet meer te helpen kan zijn: ‘ja dat komt voor helaas, dat is zo, zo is het bij mensen met lichamelijke ziektes, zo is het ook bij mensen met psychische aandoeningen, dat we ze lang niet altijd kunnen helpen en ook niet draaglijk kunnen maken...’<sup>156</sup> De interviewer richtte zich vervolgens weer tot de heer Mulder: ‘je bent op een gegeven moment uitbehandeld, dat betekent eigenlijk dat iemand beslist, de arts, de psychiater, ik kan geen therapie meer verzinnen, het gaat niet helpen, klopt dat?’. De reactie van de heer Mulder: ‘er is geen hoop meer... er is niks meer’.<sup>157</sup>

In *Op 1* zei Esther ‘alle medicatie werkt niet meer, ik kan niet mijn hele leven pammetjes blijven slikken’.<sup>158</sup> Met ‘pammetjes’ bedoelde zij middelen zoals oxazepam en lorazepam. Dit zijn kalmeringstabletten die psychische klachten onderdrukken (‘dempen’), maar geen genezende werking hebben, die kunnen leiden tot gewenning respectievelijk verslaving en psychologische behandeling zouden kunnen belemmeren.

Sara’s moeder vertelde dat alles was geprobeerd, ze wilde zelf niet meer duwen en trekken, het laatste wat Sara had<sup>159</sup> gehad was ‘elektroshocktherapie’ en dat was een martelgang voor haar, en het had geen effect gehad.

Euthanaserend psychiater Vanmechelen stelde in *Op 1* ‘die uitzichtloosheid is natuurlijk discutabel, want je kunt altijd weer een pil opnieuw geven’.<sup>160</sup> Zij lijkt daarmee te bedoelen dat uitzichtloosheid bij psychiatrische patiënten in absolute zin niet bestaat. Het kan wel als enigszins cynisch worden opgevat, want ‘een pil opnieuw geven’ heeft zelden resultaat als dat er eerder niet is geweest.

In *Karo wil goed dood* lijkt Karo complexe PTSS te hebben. ‘Trauma’s bepalen toch wel veel van mijn dagelijks leven’.<sup>161</sup> Na vijftien jaar en ruim 200 hulpverleners was zij ‘uitbehandeld’ genoemd. Op bed liggen was voor haar een trigger voor herbelevingen. Ze had mede om die reden slaapproblemen. We zien hoe ze negen tabletten en capsules neerlegt,<sup>162</sup> het zijn vijf soorten medicatie, antidepressiva, drie of vier verschillende ‘om te slapen’, ze zei dat moeheid een bijwerking is en dat de medicijnen haar niet hielpen. Ze was dus moe, het slapen was niet verbeterd. Wie uitzichtloosheid vaststelt, zou op zijn minst aannemen dat er voldoende pogingen zijn gedaan om de complexe PTSS te behandelen. Of dat was gebeurd, komt in de documentaire niet naar voren. Een mogelijkheid die psychiaters zich ook bij haar kunnen afvragen is of de veelheid aan versuffende medicatie een remmende factor bij een behandeling kan zijn geweest. Afbouw van medicatie zou dan een optie zijn, en als daar iets

---

<sup>156</sup> Khalid en Sophie 32’58’’

<sup>157</sup> Khalid en Sophie 33’22’’

<sup>158</sup> Op 1 – 25-1-2023 24’16’’.

<sup>159</sup> Achternaam wordt niet genoemd, vandaar alleen de voornaam

<sup>160</sup> Op 1 – 25-1-2023 36’21’’

<sup>161</sup> Karo, 2’59’’

<sup>162</sup> Karo, 17’40’’

van mag worden verwacht is uitzichtloosheid niet van toepassing. De informatie over de behandelgeschiedenis ontbreekt. Karo zelf had in ieder geval geen hoop, zag geen redelijk alternatief, wat voor iemand die uitbehandeld is genoemd invoelbaar is. Wie dat heeft bepaald weten we niet, het wordt als tekst in beeld gebracht: ‘ze is uitbehandeld’.<sup>163</sup> Vlak voor haar dood zei Karo zelf: ‘als dit dan het leven is, en het ongeveer zo blijft, want ja ik ben uitbehandeld, dan moet ik er niet aan denken dat ik dat nog langere tijd zo zou moeten doen. Blijkbaar is er een grens voor mij, en die is wel bereikt. Het is goed zo.’<sup>164</sup>

In *Op 1* gebruikte Milous moeder de uitdrukking van euthanaserend psychiater Oosterhoff: ‘mentaal terminaal’. Terminaal betekent volgens een woordenboek: ‘behorende bij het levenseinde’. Met het gebruik van de uitdrukking is de uitzichtloosheid direct vastgesteld. Milous diagnose werd niet genoemd, maar wat werd verteld past bij PTSS. Zij was een gezond meisje, dat ziek werd door traumatische ervaringen. Haar broer had op de IC gelegen en in de periode van kwetsbaarheid daarna werd ze seksueel misbruikt. Uiteindelijk had zij dag en nacht herbelevingen, dissocieerde, durfde niet meer te slapen. Moeder zei in de uitzending bijvoorbeeld dat Milou het trauma in elke vezel van haar lijf had en dat Milou strijd voerde tegen een ‘monster in haar hoofd’. Milous moeder merkte op: ‘...er was een hele waslijst aan dingen geprobeerd en dat noemde zij geksheerend haar c.v.’<sup>165</sup>. Oosterhoff merkte op dat hij van een aantal in dat ‘c.v.’ genoemde behandelingen nog nooit had gehoord. In hoeverre Milou voor PTSS werd behandeld wordt niet duidelijk. Wel werd genoemd dat Milou vijftien maanden op de wachtlijst had gestaan voor intensieve traumabehandeling. Die wachttijd kan tot de opvatting leiden dat dat alternatief niet ‘redelijk’ is. De *Euthanasiecode* zegt immers dat een redelijke andere oplossing effect zou moeten hebben binnen een redelijke termijn, terwijl de patiënt bij de beoordeling daarvan een belangrijke stem heeft.<sup>166</sup> Milou had haar ouders gevraagd of zij ‘mocht gaan’ als het niet zou helpen. De ervaring leert echter dat wanneer euthanasie in het vooruitzicht wordt gesteld, een nog te volgen behandeling minder of geen effect kan hebben. Een gevolg kan zijn dat zo’n behandeling voor de patiënt een verplicht nummer wordt, wat de kans op effect verkleint. Als dat klopt, kan de euthanaserend psychiater door de interactie met Milou zijn beïnvloed. Hij vertelde wel dat de wet het voor hem makkelijker maakt. De bedoeling is immers samen met de patiënt te beslissen of de redelijke opties er nog zijn. Oosterhoff: ‘...dat je gewoon kunt zeggen, nou dit zou theoretisch nog kunnen maar op een gegeven moment is het ook op. Je kunt natuurlijk altijd zeggen ja misschien gebeurt er nog een wonder’.<sup>167</sup> En: ‘je bent niet opgeleid om mensen beter te maken, je bent opgeleid om het lijden te verlichten ...en daar kan dus uiteindelijk ook bij horen: euthanasie.’<sup>168</sup> Euthanasie wordt hier dus voorgesteld als voorbeeld van verlichting van lijden en men kan er zelfs in lezen dat het volgens Oosterhoff kan gelden als een vorm van normaal medisch handelen. Niet uitgesloten is dat zo het zicht op alternatieven met een ander perspectief, al dan niet met genezing, verdwijnt.

---

<sup>163</sup> Karo, 0’54’’

<sup>164</sup> Karo, 34’55’’

<sup>165</sup> Op 1 6-12-2023 50’01’’

<sup>166</sup> Euthanasiecode, p 29

<sup>167</sup> Op 1 6-12-23 51’20’’

<sup>168</sup> Op 1 6-12-23 51’49’’

Wat er met de jonge psychiatrisch patiënte Marte (29) in *Een goede dood* aan de hand was wordt niet duidelijk. Zij zei bang te zijn voor ‘die eetstoornis’. Vader zei bang te zijn dat er een psychoseaanval kwam. Er werden behandelingen genoemd die passen bij een ernstige depressie: ketamine, MAO-remmer en ECT. Marte: ‘In het begin hoop je te vinden dat iets werkt... wilde ik ook wel oprecht die behandelingen een kans geven, dat heb ik echt altijd wel gehad... elke keer deed het niks... op een gegeven moment durfde ik ook niet meer te laten zien dat ik hoop had... dat ik eigenlijk bang was dat ik weer teleurgesteld zou worden.’<sup>169</sup> Euthanaserend psychiater Vanmechelen vroeg de ouders: ‘hebben jullie het gevoel dat Marte voldoende geknukt heeft om weer beter te worden... elk antwoord is goed, het is geen examen’.<sup>170</sup> Vader vond van wel, maar moeder uitte twijfel, ze vond het heel moeilijk te zeggen. Vanmechelen wekte tijdens een vervolgesprek de indruk dat aan de zorgvuldigheidscriteria was voldaan: ‘we kunnen nu doorpakken, maar dat doorpakken betekent een SCEN-arts inschakelen... het zou kunnen dat hij nog met een konijn uit de hoed komt, maar dat verwachten we helemaal niet... de enige hobbel is jouw leeftijd... die heeft enige weken later zijn besluit klaar, en dat besluit gaat volgens mij zijn dat het kan’.<sup>171</sup> Bij psychiatrisch patiënte Yvonne (56) in *Een goede dood* was in haar vroege jeugd sprake van misbruik en verwaarlozing. Na vijftig jaar kreeg ze naar eigen zeggen de juiste diagnose en ‘vielen alle puzzelstukjes op hun plek’. Haar behandelend psychiater, mevrouw Dijkema, zei tussen neus en lippen door, toen ze in overleg was met de consulent-arts over praktische zaken: ‘ze heeft natuurlijk die dissociatieve stoornis, conversie.’<sup>172</sup> Als achtergrond: deze problematiek hangt meestal samen met seksueel misbruik. Mevrouw Dijkema zei tegen Yvonne dat ze een paar maanden daarvoor nog bezig waren met na te denken over een behandeling, maar voegde toe: ‘je hebt eigenlijk alles gehad’.<sup>173</sup> We kunnen uit de documentaire niet afleiden in hoeverre de situatie van Yvonne uitzichtloos was, relevant is dat de behandeling van een (ernstige) dissociatieve stoornis vaak jaren duurt, schaars is en vrij onbekend. Relevant is of behandeling beschikbaar is, of eraan wordt gedacht, of het besproken wordt, en wat ‘redelijk’ wordt gevonden. Dat zien we niet, we zien wel dat Yvonne euthanasie wilde, zij werd geknuffeld door haar psychiater en zei: ‘ik zal het heel erg vinden als ik het zelf zal moeten doen... zelfmoord of zo, want ik wil echt gewoon niet meer, ik ben zo moe’.<sup>174</sup> Dat Yvonne geknuffeld werd kan betekenen dat overdracht en tegenoverdracht in de interactie een rol gespeeld hebben. Dat kan invloed hebben gehad op de vaststelling van het ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

#### **4.5 Aanvullende opmerkingen.**

Euthanasie bij een terminale lichamelijke ziekte heeft in Nederland veel voorstanders. Bij psychiatrische patiënten is euthanasie echter controversieel. Het is relevant om aandacht te besteden aan het beeld dat de televisieprogramma’s geven. Een positief beeld leidt tot een

---

<sup>169</sup> Een goede dood I 3’58’’

<sup>170</sup> Een goede dood I 4’33’’

<sup>171</sup> Een goede dood I 12’03’’

<sup>172</sup> Een goede dood IV 24’10’’

<sup>173</sup> Een goede dood IV 3’18’’

<sup>174</sup> Een goede dood IV 4’42’’



positieve houding, ook tegenover de wet, die die euthanasie immers mogelijk maakt. De euthanaserend arts (die al dan niet ook de behandelend arts is) lijkt het in alle gevallen eens met de standpunten van de patiënt. Als de behandelende arts de euthanasie niet uitvoert wordt in geen van de besproken programma's duidelijk waarom dat zo is. Dat de reactie negatief was wordt soms wel duidelijk. Zo reageerde Veda's huisarts als volgt: 'ja, dat doen we sowieso niet, hoezo vraag je dat, daar kan ik helemaal niks mee'. Dit horen we echter van Veda, niet van de huisarts zelf.<sup>175</sup> David Mulder toont zich dankbaar voor alle verleende goede zorg, maar merkt ook op dat zijn huisarts het als mens niet kon en dat de eerste reactie van zijn behandelende psychiater letterlijk was: 'nee, hier wil ik niets mee te maken hebben'.<sup>176</sup> Al met al komen de behandelende huisarts en haar psychiaters dus niet aan het woord of in beeld, tenzij zij zelf de euthanasie geven, en het er dus mee eens zijn. Zoals eerder al gesteld, in de praatprogramma's uit 2016 en 2017 waren de geluiden soms wel kritisch. Psychiater Koerselman in *Napraten over Levensindekliniek*: 'verschrikkelijk, vreselijk, verschrikkelijk, alles waar ik al twintig jaar geleden heb voorzien wat mis zou gaan als je zou loslaten dat euthanasie er is voor mensen van wie je het lijden niet anders kan verlichten bij een terminale lichamelijke ziekte, alles wat ik daarvan verwachtte is hier aan de orde'.<sup>177</sup> Koerselman uitte zich ook in *Een vandaag* geschokt, fel wees hij erop dat de Euthanasiewet niet voor psychiatrische patiënten bedoeld is. Over die toepassing zei hij: 'Als dit allemaal kan ja, dan kan je alle psychiatrische patiënten wel dood gaan maken, zodra ze dat vragen'.<sup>178</sup> Psychiater Jim van Os uitte zich in die uitzending ook kritisch maar gematigd. De voice-over geeft aan dat hij zich zorgen maakt over een 'glijdende schaal'.<sup>179</sup> Zelf gebruikte hij die uitdrukking niet, maar hij had het wel over een verruiming van de interpretatie van de wet en over een oprekking, door ook ernstig lijden te definiëren in het kader van een psychische aandoening. Psychiater Damiaan Denys merkte op dat het belangrijk is om voorzichtig te zijn, het ziektebeeld kan veranderen, en er kunnen nog nieuwe behandelingen ontwikkeld of gevonden worden, een deel van wat nu mogelijk is was er vijftien jaar geleden nog niet.<sup>180</sup> In *De wereld draait door* (2017) had neurowetenschapper Victor Lamme het over sociale druk, manipulatie van besluitvorming en besmettelijkheid van gedrag. Hij merkte op dat een patiënt zich bijna moet verdedigen als hij onder bepaalde omstandigheden geen verzoek doet om euthanasie. Hij gebruikte ietwat cynisch de term 'euthanasiemarketing'. Het Expertisecentrum Euthanasie, zoals de Levensindekliniek sinds 2019 heet, merkt inderdaad een toename van het aantal verzoeken van psychiatrische patiënten als er op televisie aandacht voor is geweest, althans onder jongeren.<sup>181</sup> Euthanasie bij psychiatrie blijft ingrijpend, maar in 2023 en 2024 zijn kritische geluiden in vergelijking met mediaproducties van voor die tijd vrijwel volledig afwezig. In de recente documentaires imponeren fragmenten vaak alledaags. Voor de euthanasie moet bijvoorbeeld een datum worden geprikt die 'uitkomt'. Pythia wilde op 19 november, in de ochtend, maar

---

<sup>175</sup> Karo, 41'52''

<sup>176</sup> Khalid en Sophie 34'26''

<sup>177</sup> *Napraten over Levensindekliniek* 1'11''

<sup>178</sup> *Een vandaag* 11-11-2017 0'24''

<sup>179</sup> *Een vandaag* 11-11-2017 1'34''

<sup>180</sup> *Een vandaag* 11-11-2017, 2'13''

<sup>181</sup> <https://expertisecentrum euthanasie.nl/feiten-en-cijfers/> '2023 in beeld' p 3

dan kon de psychiater niet, wel in de middag, ‘dan heb je nog een gezellige ochtend’.<sup>182</sup> Er werd een krantenabonnement opgezegd ‘vanwege overlijden’, met ingang van de datum van overlijden. Er moesten praktische zaken worden geregeld en gedaan. De voorbereiding deed soms aan als was als die op een vakantie, of een verjaardag. De moeder van Marte zei, toen de euthanaserend psychiater op bezoek was: ‘...gewoon maar zo over praten alsof het over niks gaat, alsof het de normaalste zaak van de wereld is’.<sup>183</sup> Het verdriet was duidelijk maar moeilijke dilemma’s, vragen of complexiteit leken er niet zo zeer te zijn.

Euthanasie lijkt impliciet te worden gepresenteerd als een alleszins aanvaardbare, misschien zelfs de enige verantwoorde oplossing. De titels van documentaires zijn positief: ‘*Veda beslist zèlf*’, ‘*Karo wil goed dood*’ en ‘*Een goede dood*’. In de recente praatprogramma’s blijven kritische vragen dus uit, ondanks het feit dat het vaak om jonge mensen gaat, bij wie nog niet alles is geprobeerd, die nog decennia te leven zouden hebben, bij wie de hersenen en het oordeelsvermogen wellicht nog niet zijn uitontwikkeld.<sup>184</sup> De mensen die voor euthanasie kiezen werden voorgesteld als ‘moedig’. Op weg naar een euthanasie zei euthanaserend psychiater Vanmechelen: ‘ik geef ze een goede dood, eu-thanasië, een goede dood’.<sup>185</sup> Veda merkte op dat ze het zichzelf en haar omgeving gunde dat zij waardig kan sterven en afscheid kan nemen. Esthers moeder sprak over de mooie weken die ze nog had, ze ‘mocht’ euthanasie, dat was voor haar een bevrijding, ze zegt dat ze laatste stukje met elkaar nog mooi konden maken. Sara’s moeder (*Op 1 25-1-2023*) vertelde iets vergelijkbaars, ze hadden nog goed afscheid kunnen nemen, hadden haar kist op tafel gezet, en hadden die beschilderd. De moeder van Milou: ‘...dan willen we dat dat hele mooie leven de allermooiste dood krijgt. Milou heeft de volledige regie gehad in haar afscheid, ... de kist vond mevrouw te hard liggen, er moest een matrasje gekocht worden zodat ze zacht lag, de uitvaartondernemer moest erg hard lachen, we zijn in een trouwwinkel een galajurk gaan kopen, daags voor haar overlijden moesten haar nagels nog even netjes gemaakt worden, want ze had open schoenen aan...’<sup>186</sup>

Drie weken voor haar dood kwam de behandelende psychiater bij Karo op bezoek. Hij zou ook de euthanasie geven. Hij informeerde haar over het aanstaande bezoek van de SCEN-psychiater, en besprak met haar de praktische aspecten van de uitvoering. Het bezoek ziet er in de documentaire niet ongezellig uit. Bij het afscheid nemen zei de psychiater: ‘maak er wat van zou ik zeggen, die laatste dagen’<sup>187</sup> Karo herhaalde die woorden toen zij kort daarna afscheid nam van twee vriendinnen, en zij zeggen hetzelfde terug: ‘maak er wat van’ (van je leven, van de dagen die je nog hebt).<sup>188</sup>

---

<sup>182</sup> Een goede dood I, 15’20’’

<sup>183</sup> Een goede dood I, 13’22’’

<sup>184</sup> Pieter Jan Stallen, Michiel Marlet, Remco de Winter – Geen euthanasie bij jongeren met psychische stoornis, *Medisch contact* 22-5-2019, het gegeven argument is dat de hersenen van jongeren nog niet is uitgerijpt. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/geen-euthanasie-bij-jongeren-met-psychische-stoornis>

<sup>185</sup> Een goede dood II, 1’03’’

<sup>186</sup> Op 1 6-12-23, 54’15’’

<sup>187</sup> Karo, 17’16’’

<sup>188</sup> Karo, 28’27’’

We zien Marte, haar ouders en haar zus die de plek bezoeken waar ze komt te liggen, een ‘sprookjesplek’ in het bos. Er werden grapjes gemaakt. Marte vertelde vlak voor haar euthanasie dat mensen ineens belangrijke dingen uitspreken of bijzondere dingen zeggen. Yvonne genoot van haar afscheidsbijeenkomst, waar werd gehuild en verdriet was, maar ook werd gelachen en de sfeer goed leek. Op de dag van haar euthanasie straalde Yvonne, ze knuffelde opnieuw met haar psychiater. Euthanaserend psychiater Vanmechelen merkte op dat iedereen die weet dat de euthanasie doorgaat ‘zo ontspannen is’. De moeder van Denise vertelde dat Denise vlak voor haar dood dolblij was dat ze ‘eeuwig mag slapen’<sup>189</sup>. Tegen Pythia werd gezegd: ‘jij gaat gewoon slapen’.<sup>190</sup> Yvonne kreeg vlak voor haar dood te horen: ‘slaap lekker’.<sup>191</sup>

In de Euthanasiewet staat niet dat euthanasie bij jonge mensen, bij psychiatrische problematiek, of bij een combinatie daarvan, niet mag. Voorstanders en tegenstanders interpreteren de wet nogal uiteenlopend. Directeur Steven Pleiter van de Levensindekliniek merkte in *Buitenhof* op dat ‘de wet de wet is’, hij vond niet dat er ruimhartiger mee wordt omgegaan. Hij merkte op dat hij trots is op de wetgeving, en dat veel mensen kunnen worden geholpen als aan de wettelijke criteria wordt voldaan.’ Mevrouw Casteelen zei in de discussie na *Veda beslist zelf*: ‘we hebben natuurlijk een heel goede euthanasiewet in Nederland’.<sup>192</sup> Zij lichtte dat toe door te stellen dat euthanasie niet zomaar uitgevoerd wordt, aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria moet zijn voldaan.

Het vaststellen van uitzichtloosheid lijkt voor veel psychiaters de grootste belemmering om tot de toepassing van euthanasie over te gaan.<sup>193</sup> Een kerntaak is immers het zoeken naar mogelijkheden en het bieden van hoop. Anders dan bij mensen die bijna sterven door een lichamelijke ziekte, is het beloop echter niet te voorspellen. Als daarvan wordt uitgegaan is het opgeven van de hoop potentieel problematisch te noemen. De vraag is echter ook waar de hoop op is gericht. Dat hoeft niet een ander of beter leven te zijn. Zo zei psychiater Dijkema tegen Yvonne, toen het ging over de mogelijkheid van euthanasie: ‘ik hoop dat het jou ook een soort hoop geeft’, waarop Yvonne antwoordde: ‘ik hoop ook dat het mij hoop geeft’.<sup>194</sup> In een overleg met euthanaserend psychiater Oosterhoff zegt mevrouw Dijkema: ‘ik vind het ook mooi dat ik het kan doen als psychiater, een beetje als een soort behandeling.’<sup>195</sup>

---

<sup>189</sup> Op 1, 25-01-2023 41’01’’

<sup>190</sup> Een goede dood II, 24’27’’

<sup>191</sup> Een goede dood IV, 39’36’’

<sup>192</sup> Veda beslist zelf 3’37’’

<sup>193</sup> Dit is de klinische ervaring, maar zie ook: <https://www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2023/euthanasie-bij-mensen-die-psychisch-zijn-uitbehandeld~v763897/> - psychiater Sisco van Veen merkt naar aanleiding van een uitgebreide beschrijving van de euthanasie van Jan het volgende op: ‘De allermoeilijkste vraag voor een psychiater is: wanneer is het lijden uitzichtloos?’ (Volkskrant 17-6-2023)

<sup>194</sup> Een goede dood IV, 3’23’’

<sup>195</sup> Een goede dood IV, 1’06’’

## **Hoofdstuk 5 – Conclusies en discussie**

In dit hoofdstuk volgen, ingedeeld naar zorgvuldigheidscriterium, samenvattingen, conclusies, discussie en formuleringen als antwoord op de in het eerste hoofdstuk gestelde vragen. Daarna volgen een weergave van beperkingen en enkele suggesties voor verder onderzoek.

### ***5.1 Het verzoek om euthanasie moet vrijwillig zijn en weloverwogen***

Een verzoek is intern vrijwillig als het niet werd beïnvloed door psychologische of psychopathologische beperkingen. Extern vrijwillig is een verzoek als het niet werd beïnvloed door anderen of door factoren van buiten, van dichtbij of vanuit de samenleving als geheel. Een verzoek is weloverwogen als het niet impulsief is en goed doordacht. De in de gezondheidszorg gangbare term ‘wilsbekwaamheid’ hangt samen met de in onze samenleving belangrijk geachte autonomie, oftewel zelfbeschikking. Ieder mens, dus ook de psychiatrische patiënt, geldt als wilsbekwaam, tenzij het tegendeel aannemelijk is gemaakt. Dit geldt ook voor wilsbekwaamheid ten aanzien van een euthanasieverzoek. De meest gangbare omschrijving van wilsbekwaamheid is eenzijdig cognitief. Dit geldt (dus) ook voor de gangbare of aanbevolen meetinstrumenten. De mens is echter niet alleen een denkend wezen. Affectieve en conatieve functies zouden in de beoordeling betrokken moeten worden. Psychopathologie kan de wilsbekwaamheid op vele manieren beperken. Een ander punt is de waarde van onderlinge verbondenheid. Dit kan ertoe leiden dat naasten meer bij de beoordeling worden betrokken en, op maatschappelijk niveau, dat de mogelijkheden tot euthanasie niet (verder) worden verruimd, maar dat de zorg voor mensen met een (potentieel) euthanasieverzoek wordt verbeterd en uitgebreid.

In de besproken mediaproducties valt op dat veel patiënten niet zeggen naar de dood te verlangen, het onvermijdelijke gevolg van hun euthanasieverzoek. Voor zover zij dat toch zeggen lijkt dat niet te zijn wat zij bedoelen. Zij zeggen een einde te willen van hun lijden, van hun huidige leven, hun ziekte. De beoordeling van hun wilsbekwaamheid is in ieder geval complex en een zaak van leven en dood. Dit geldt zowel voor de betrokkene als voor degene die het verzoek beoordeelt of de euthanasie uitvoert. Een verkeerde beslissing is immers niet ongedaan te maken. In de beleving van de betrokkene kan de beoordeling niet over één nacht ijs gaan. Zo kan het gesprek met een second opinion psychiater als een soort examen worden beleefd. Als de euthanasie eenmaal is toegestaan blijkt of lijkt de opluchting vaak enorm groot.

#### ***5.1.1 Discussie***

Jaren geleden waren nog wel wat kritische geluiden te horen, maar in meer recente documentaires komt de geschetste complexiteit nauwelijks naar voren. De indruk kan ontstaan dat wie euthanasie wil, die kan krijgen, dat het min of meer een recht is, al zijn de wachttijden lang en is het proces niet gemakkelijk. Het aanbod schept de vraag, en er lijkt niet diep te hoeven worden nagedacht.

Toch is er alle reden om dat wel te doen. Hoe duidelijk patiënten ook zijn in hun verzoek, velen lijken of zijn ook onder invloed van hun stoornis(-sen). Psychofarmaca hebben soms een positief effect, maar kunnen door demping ook een negatieve invloed hebben op alle

psychische functies. Als in mediaproducties in beeld wordt gebracht en wordt benadrukt dat dood door euthanasie een waardige dood is, dan kunnen mensen dit sneller zien als oplossing, of zich in die richting gedrukt voelen, kwetsbaar als zij zijn, onvoldoende in staat zich te verweren.

Er lijkt een morele spanning te bestaan met de euthanasiewet. Die zegt immers dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat het verzoek vrijwillig was en weloverwogen. Dit lijkt een te moeilijke opgave, als men alle beschreven aspecten in de beoordeling zou willen betrekken. Die spanning kan echter ook worden gerelativeerd. De euthanasiewet is namelijk beknopt en algemeen geformuleerd. Er is veel ruimte voor interpretatie en een eigen invulling. Dat is wat voorstanders van de euthanasie in de wet aanspreekt: de wet beweegt mee met de tijd. Dat wil echter niet zeggen dat de euthanasiewet zelf moreel ‘goed’ is, of blijft.

## ***5.2 Het ondraaglijke lijden***

Om voor euthanasie in aanmerking te komen moet het lijden een medische grondslag hebben. Dit geldt ook in de psychiatrie. Het lijden omvat echter verschillende dimensies en vele factoren kunnen in het ontstaan daarvan een rol spelen. Betekenisverlening bepaalt in hoeverre wat men beleeft ook lijden is, en in hoeverre dat ondraaglijk is. Eventuele psychopathologie kan hierin een rol spelen.

Bij een euthanasieverzoek moet de arts nagaan in hoeverre de ondraaglijkheid kan worden begrepen en invoelbaar is. Daarvoor moet de arts zich in de patiënt verdiepen. Als de arts te weinig afstand houdt kan dat ten koste gaan van de rationaliteit van de beoordeling.

In verschillende mediaproducties wordt het lijden indringend en overtuigend in beeld gebracht. Met name wat langer geleden was over de beoordeling daarvan nog wel eens een kritisch geluid te horen. Psychisch lijden zou moeilijker zijn vast te stellen, het zou in de psychiatrie altijd mogelijk zijn het lijden te verlichten, het lijden zou zo snel als ondraaglijk worden beschouwd dat de beoordeling niets meer voorstelt. In documentaires over patiënten worden bij dat lijden eigenlijk geen vragen gesteld. Een ontkenning zou neerkomen op achterstelling vergeleken met hen die lijden door lichamelijke oorzaken. Het beeld dat lijkt te ontstaan is dat alleen de patiënt kan bepalen wat ondraaglijk lijden is, dus dat lijden ondraaglijk is als de patiënt dat (uiteraard met redenen omkleed) zegt. De ondraaglijkheid is dan vrij gemakkelijk vast te stellen.

### ***5.2.1 Discussie***

Het lijkt dus, afgaande op het beeld dat vaak ontstaat in mediaproducties, niet nodig over het lijden diep na te denken. Toch is er reden om dat te doen. Het lijden kan sterk fluctueren. In de rest van de geneeskunde is de palliatieve zorg de afgelopen jaren sterk ontwikkeld, terwijl dat in de psychiatrie nog niet zo is. Daarnaast kan de nadruk te veel liggen op stoornissen en de (on)mogelijkheid van genezing. Lijden wordt echter niet primair bepaald door ziekteverschijnselen maar door de betekenisverlening aan de eigen situatie, en wel in brede zin. Zo kan eenzaamheid een grote rol spelen. Veel lijden is vooral existentieel en minder medisch van aard, terwijl in de procedures zoals we die in de euthanasiewet vinden, euthanasie vooral in medische termen wordt besproken.

Tussen het moeten ‘vaststellen’ van de ondraaglijkheid van lijden en de euthanasiewet is de morele spanning erin gelegen dat dat moeilijk is. De arts moet ervan overtuigd zijn dat de patiënt ondraaglijk lijdt. Zowel het aandeel van de arts als dat van de patiënt is echter (grotendeels) subjectief. Er kan hooguit worden gestreefd naar enige objectivering. Discrepancies tussen het gedrag van de patiënt en diens opvatting ondraaglijk te lijden kunnen bespreekbaar worden gemaakt. Als de patiënt echter consistent aangeeft ondraaglijk te lijden, dan is niet of nauwelijks te bewijzen dat dat niet klopt.

### ***5.3 Uitzichtloos lijden en het ontbreken van een redelijk alternatief***

Van uitzichtloosheid is sprake als er geen mogelijkheden tot behandeling of verlichting meer zijn. Dit criterium is complex en potentieel problematisch omdat er in veel (wellicht bijna alle) gevallen nog wel degelijk behandelmogelijkheden zijn, en anders komen die wellicht nog in de toekomst. De voorgeschiedenis van de patiënt speelt een grote rol, met name de (kwaliteit van) diagnostiek en behandeling. Het volledig in kaart brengen hiervan kan tijdrovend, ingewikkeld en beperkt mogelijk zijn. Het ontbreken van een redelijk alternatief is de meer subjectieve kant. Wat ‘redelijk’ is moeten arts en patiënt in samenspraak bepalen. Wat dit criterium extra complex maakt is dat een patiënt, afgezien van noodsituaties, niet tot behandeling gedwongen kan worden. Hij kan weigeren. Het is dan (ook) aan de arts om de ‘redelijkheid’ te beoordelen. Die redelijkheid is moeilijk te objectiveren. Een andere moeilijkheid is dat een ‘uitbehandeld’ genoemde patiënt snel geneigd kan zijn de hoop te laten varen. Dit gaat moeilijk samen met verder kunnen leven. Dan is van belang in hoeverre gedacht en gewerkt is vanuit de herstelbenadering en in hoeverre mogelijkheden van palliatieve psychiatrie zijn onderzocht en toegepast. Ook dit zijn vormen van behandeling. Hoe serieuzer die worden genomen, hoe minder de term ‘uitbehandeld’ van toepassing is. Zowel herstelbenadering als palliatieve psychiatrie zijn echter onvoldoende ontwikkeld en onder de aandacht.

In de mediaproducties wordt (dus) opvallend vaak gesteld dat ‘alles is gedaan’ of dat ‘niets (meer) helpt’. Geportretteerde patiënten noemen zichzelf uitbehandeld. In de wat oudere mediaproducties die we hebben bekeken was soms nog een kritisch geluid te horen. Met name werd gevraagd hoe zeker men van dat ‘uitbehandeld zijn’ kon zijn. Opvallend vaak zijn de geportretteerde patiënten in essentie vooral getraumatiseerd. Bij hen is onduidelijk of en in hoeverre zij adequaat zijn gediagnostiseerd en behandeld. Opvallend is ook de casus waarbij de patiënt (dhr. Mulder, zie hoofdstuk 3) psychiatrisch in engere zin ziek leek, maar bij wie juist een interventie in het sociale domein helpend was. Dit ondersteunt opvatting dat juist daar mogelijkheden te vinden zijn.

#### ***5.3.1. Discussie***

Met name in de meest recente mediaproducties lijkt ‘uitbehandeld’ of zelfs ‘mentaal terminaal’ zijn een gegeven. Dit wordt in feite nauwelijks uitgewerkt of ter discussie gesteld. Dat betekent dat er een morele spanning kan bestaan met de euthanasiewet. Daarin staat juist dat die uitzichtloosheid moet worden vastgesteld, dat de arts tot die overtuiging moet komen. Een probleem is dat wie van andere mogelijkheden geen weet heeft, wel tot die conclusie móet komen. Wat men niet weet kan men immers niet zien of bedenken. Slechts (minimaal)

drie mensen, namelijk de eigen arts, de SCEN-arts en een onafhankelijke deskundige op het gebied van de psychiatrie, moeten een verzoek om euthanasie beoordelen. De eis is grote behoedzaamheid maar die kan niet anders zijn dan beperkt en de vraag is daarom of die op dit moment groot genoeg kan zijn. De wet is beknopt, algemeen en ruim te interpreteren. Aanvullende richtlijnen (de *Euthanasiencode*, de beroepsrichtlijn) bieden wel enig houvast, maar, zoals al aangeduid, het kan bijvoorbeeld moeilijk tot onmogelijk zijn een patiënt tegen te spreken die stelt dat een voorgesteld traject ‘onredelijk’ is.

## **5.4 Beperkingen**

Dit onderzoek betrof alleen televisieproducties. Kranten en tijdschriften spelen echter ook een grote rol en dragen bij aan de publieke opinie. Een voorbeeld is een artikel over de al genoemde Milou, in Trouw. In de kop van het artikel stelt Milou de vraag waarom mensen met kanker die uitbehandeld zijn wel dood mogen, en zij niet. Tegen het eind van het artikel staat dat Milou na haar (voordat ze psychisch ziek werd) mooie leven de mooiste dood kreeg die ze zich maar voor kon stellen.<sup>196</sup>

Tijd- en plaatsgebrek hebben gemaakt dat in deze thesis niet wordt ingegaan op de rol van kranten en tijdschriften als geheel. Het vermoeden is wel dat vergelijkbare conclusies mogelijk zijn: in een korte rondgang door recente geschreven media komt geen ander beeld naar voren.

In documentaires en televisiediscussies krijgen we natuurlijk slechts een deel te zien en te horen van wat er werkelijk is gebeurd. Er zijn slechts korte fragmenten te zien. Van belang is verder dat het ongetwijfeld noodzakelijk is geweest om in de opnames te snijden, terwijl de aanwezigheid van een opname-team ook van invloed kan zijn geweest op wat er gebeurde en wat er werd gezegd. Over de feitelijke en complete gang van zaken kan dus niet gemakkelijk iets worden gezegd. Er kunnen geen uitspraken worden gedaan over hoe ‘goed’ of ‘slecht’ de beoordeling van de criteria is verlopen. We kunnen hooguit vermoedens hebben. Als het er soms op *lijkt* dat euthanasie steeds gemakkelijker en gewoner wordt, wil dat nog niet zeggen dat dat zo *is*. Afgezien daarvan, hoe luchtig het soms ook lijkt, het verdriet zal evengoed immens zijn, en de artsen die euthanasieverzoeken beoordelen en euthanasie eventueel uitvoeren staan voor zware opgaven.

## **5.5 Aanzetten tot verder onderzoek.**

### **5.5.1. Binnen het medische model**

Vanuit mijn beroepservaring als psychiater durf ik de stelling aan dat psychiatrische problematiek bij mensen die om euthanasie vragen of die dat gekregen hebben veel vaker dan tot nu toe wordt gedacht vooral wordt bepaald door verwaarlozing en traumatisering in de loop van hun leven, vooral in de (vroeg) jeugd, inclusief de gevolgen van seksueel geweld.

---

<sup>196</sup> Trouw, 16-11-2023 [www.trouw.nl/zorg/milou-17-kreeg-euthanasie-waarom-mogen-mensen-met-kanker-die-uitbehandeld-zijn-wel-dood-gaan-maar-ik-niet~b941fac3/](http://www.trouw.nl/zorg/milou-17-kreeg-euthanasie-waarom-mogen-mensen-met-kanker-die-uitbehandeld-zijn-wel-dood-gaan-maar-ik-niet~b941fac3/)

Dit geldt niet alleen voor (post-)traumatische stoornissen in engere zin, maar ook bijvoorbeeld (vaak, niet altijd) voor psychosen, depressies, persoonlijkheidsstoornissen, pijnstoornissen en eetstoornissen. Dit is wat meer en meer naar voren komt in wetenschappelijk onderzoek. De inzichten hierin en de diagnostische- en behandelmogelijkheden zijn de afgelopen jaren sterk toegenomen. Het zou het onderzoeken waard zijn of bij mensen die om euthanasie vragen aan de mogelijke traumacomponenten genoeg aandacht wordt besteed. Er is wel een tendens dat het traumabegrip wordt opgerekt maar veel zwaarder wegend is het gebrek aan behandeling, en de noodzakelijke capaciteit daarvoor. Te onderzoeken is in hoeverre vermijdingsmechanismen bij hulpverleners, maar ook van de kant van patiënten, hierin een rol spelen. Een voorbeeld is het overmatig en off label gebruik van (veelal dempende) medicatie. Dat dit adequate diagnostiek en behandeling belemmert is aannemelijk. Wetenschappelijk onderzoek hiernaar komt op gang.

### ***5.5.2 Buiten het medische model***

Het kan zinvol zijn te onderzoeken in hoeverre het Schelpzorgmodel of ‘palliatieve psychiatrie’ of iets vergelijkbaars in Nederland veel beter te ontwikkelen en te implementeren is. Een verschuiving naar het sociale domein zou veel op kunnen leveren. Te denken valt aan mogelijkheden tot participatie, aandacht voor zingeving, werken aan de-stigmatisering, het verleggen van de focus naar hobby’s of passies, het bevorderen van en uitbouwen van mogelijkheden tot dagbesteding en (vrijwilligers-)werk, het creëren van mogelijkheden tot lotgenotencontact en het optimaliseren van iemands woonsituatie. Dit alles zou op individueel niveau bij kunnen dragen aan verandering van perspectief en betekenisverlening. Te onderzoeken is in hiermee hoeverre potentieel een afname van lijden te verwachten is, en termen als ‘uitzichtloosheid’ en ‘uitbehandeld’ niet meer gebruikt hoeven te worden. Een drijfveer kan een waarde als ‘omzien naar elkaar’ zijn, met als vraag hoe dit concreet gestalte kan krijgen in de samenleving, op alle niveaus. Op macroniveau zou dit bijvoorbeeld kunnen betekenen dat minder geld en personeel gaan naar de mensen die het minder nodig hebben, en meer naar de meest kwetsbaren, onder wie het merendeel van hen die een euthanasieverzoek doen.

### ***5.6 Tot slot***

Het is zoals al gesteld niet in de wet geformuleerd maar de context van de wet is die van (veelal terminaal) lichamelijk lijden. De afgelopen jaren vindt echter een verruiming van de interpretatie plaats. Deze is niet in strijd met de letter van de wet, maar de vraag kan worden gesteld in hoeverre die nog compatibel is met de geest ervan. Voor zover dat laatste niet zo is kan een praktijk ontstaan waarin euthanasie in de psychiatrie steeds vaker wordt toegepast. Uiteindelijk kan dan ook de kwaliteit van de wet zelf ter discussie worden gesteld. Het is nog steeds zo dat in bijna alle landen vooral met onbegrip of zorg wordt gereageerd op wat er in Nederland op het gebied van euthanasie in de psychiatrie gebeurt. Wat mij betreft moet euthanasie in de psychiatrie bij hoge uitzondering mogelijk zijn. Het is goed dat de wet het niet uitsluit, maar het zou kunnen dat de drempel te laag wordt, en dat de toetsing, gelet op de complexiteit, niet breed en diepgaand genoeg is, zowel voor- als achteraf.



Met name de euthanasie van Milou in oktober 2023 leidde in de zomer van 2024 tot een heftig debat in kranten en vaktijdschriften. De aanleiding was dat veertien psychiaters, onder wie Jim van Os en Damiaan Denys (de overige twaalf zijn vooralsnog anoniem), een brandbrief schreven aan het Openbaar Ministerie met, zo werd het opgevat, het verzoek een strafrechtelijk onderzoek te beginnen naar Oosterhoff en Milous ouders. Dit verzoek werd echter niet gehonoreerd, omdat de RTE de euthanasie als ‘zorgvuldig’ heeft beoordeeld. De NVvP heeft de beroepsgroep gevraagd onderling in gesprek te gaan, in plaats van strijd te voeren in de media. De richtlijn zal vanaf oktober 2024 worden herzien.

In deze thesis heb ik mij vooral gericht op hoe in een aantal toonaangevende mediaproducties op de televisie wordt gesproken over de in de context van euthanasie in de psychiatrie belangrijkste zorgvuldigheidscriteria. Ik concludeer dat veel mediaproducties daarvan een te eenvoudig en gemakkelijk beeld schetsen. Wat niet wordt benoemd of geproblematiseerd zal minder snel leiden tot nadenken of kritiek. Een positieve of eenvoudige weergave van de toepassing van euthanasie kan leiden tot meer belangstelling, sociale of intern gevoelde druk, en normalisering. Het is de vraag of de zorgvuldigheid van de praktijk daarmee gediend is, zeker als de aanname zou kloppen dat de toegenomen zichtbaarheid van het ‘aanbod’ van euthanasie de vraag verder zal stimuleren. Beroepsbeoefenaars in dit veld zullen dit concreet merken in de verwachtingen die patiënten en hun familieleden van hen hebben.

Mijn hoop is dat reflectie op waarden zoals autonomie en verbondenheid, naast gegevens uit wetenschappelijk onderzoek, kunnen bijdragen aan een hervorming van de geestelijke gezondheidszorg en zo nodig ook van de wetgeving, zodanig dat euthanasie in de psychiatrie nog wel gerechtvaardigd kan zijn, en onder voorwaarden niet strafbaar is, maar dat het nog slechts bij hoge uitzondering en idealiter helemaal niet meer zover komt.

## BIJLAGE

### LIJST VAN MEDIAPRODUCTIES

*Moeders springen niet van flats* (VARA) 24-02-2014

<https://www.2doc.nl/documentaires/2014/02/moeders-springen-niet-van-flats.html>

*Levensindekliniek* (NTR) 15-02-2016

<https://www.2doc.nl/documentaires/2016/02/delevenseindekliniek.html>,

*Napraten over Levensindekliniek* (NTR) 15-02-2016

<https://npo.nl/start/video/napraten-over-de-levensindekliniek>

*De wereld draait door* (VARA) 16-02-2016

[https://npo.nl/start/serie/de-wereld-draait-door/seizoen-12/de-wereld-draait-door\\_1734/afspelen](https://npo.nl/start/serie/de-wereld-draait-door/seizoen-12/de-wereld-draait-door_1734/afspelen)

*Een vandaag* (AVROTROS) 11-11-2017

<https://eenvandaag.avrotros.nl/item/eenvandaag-11-11-2017/>

*Buitenhof* (VPRO) 09-09-2018

<https://www.vpro.nl/buitenhof/kijk/afleveringen/2018/Buitenhof-9-september-2018.html>

*Veda beslist zélf: jong en een euthanasiewens* (BNNVARA) 24-04-2019

<https://npo.nl/start/serie/veda-beslist-zelf/seizoen-1/veda-beslist-zelf-jong-en-een-euthanasiewens/afspelen>

*Op 1*. MAX. 25-01-2023

[https://npo.nl/start/serie/op1/seizoen-4/op1\\_103/afspelen](https://npo.nl/start/serie/op1/seizoen-4/op1_103/afspelen)

*Karo wil goed dood*. HUMAN. 09-02-2023

<https://www.2doc.nl/documentaires/2023/02/karo-wil-goed-dood.html>

*Khalid en Sophie*. BNNVARA. 04-10-2023

<https://tvblik.nl/sophie-jeroen/4-oktober-2023>

*Op 1*. AVROTROS. 06-12-2023

[https://npo.nl/start/serie/op1/seizoen-4/op1\\_290/afspelen](https://npo.nl/start/serie/op1/seizoen-4/op1_290/afspelen)

*Een goede dood*. BNNVARA. 06-05, 13-05, 20-05, 27-05-2024

<https://www.2doc.nl/documentaires/2024/05/een-goede-dood/aflevering-1.html>

<https://www.2doc.nl/documentaires/2024/05/een-goede-dood/aflevering-2.html>

<https://www.2doc.nl/documentaires/2024/05/een-goede-dood/aflevering-3.html>

<https://www.2doc.nl/documentaires/2024/05/een-goede-dood/aflevering-4.html>

## BIBLIOGRAFIE

Algemene Rekenkamer, *Actueel 25-06-2020: geestelijke gezondheidszorg: hoe groter het probleem, hoe langer de wachttijd*, www.rekenkamer.nl, 's-Gravenhage 2020

Algemene rekenkamer, *Geen plek voor grote problemen*, www.rekenkamer.nl, 's-Gravenhage 2020

Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg, *Zorgstandaard herstelondersteuning*, www.ggzstandaarden.nl, 2021

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed., text rev.), 2022

American Psychiatric Association *Policy statement on medical euthanasia*, www.psychiatry.org, 2016

Appelbaum Paul, en Thomas Grisso, Assessing patients capacities to consent to treatment, *New England Journal of Medicine* 1988: 1635-1638

Bakker, T.J.E.M., Dekker, G.V.C., Groot van Wijk, H. de, Jansen, I., Klippe, C.J. van de, Kröber, H.R.Th., e.a. *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (voor de hulpverlener)* p 8. Den Haag, Ministerie van Justitie, 2007

Beauchamps Tom L., the philosophical dimension, Chapter 3 in Sidney Bloch, Stephen A. Green – *Psychiatric ethics*, Oxford University Press, 2021

Beauchamps Tom L., James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* – Oxford University Press, 2019

Besjes M.J. S. van de Vathorst, *Euthanasie in de ggz: kwalitatief onderzoek naar de mening van psychiaters*, Tijdschr Psychiatr. 2023, 65(2):81-86

Chabot Boudewijn, Wim Graafland, *Uitweg*, Nijgh & van Ditmar, 2024

Charland, Louis C., a historical perspective, Chapter 2 in Sidney Bloch, Stephen A. Green - *Psychiatric ethics*, Oxford University Press, 2021

Charland Louis C, Trudo Lemmens, Kyoka Wada - Decision-Making Capacity to Consent to Medical Assistance in Dying for Persons with Mental Disorders - *Journal of ethics in mental health* 2016, pp 3-7

Corte I. de, F. Verfaillie, L. Moureau, K. van Ballaer, I. De Geest, A. Liégeois, Schelpzorg, een palliatief zorgmodel voor patiënten met een ernstige, persisterende psychiatrische aandoening, *Tijdschrift voor Geneeskunde*, pp 333-339, jan 2021  
doi.org/10.47671/TVG.77.20.177

Delespaul Philippe, Michael Milo, Frank Schalken, Wilma Boevink, en Jim van Os. *Nieuwe GGZ!* Houten, Bohn Stafleu en van Loghum, 2018

Doernberg Samuel N., John R. Peteet, Scott Y.M. Kim, Capacity Evaluations of Psychiatric Patients Requesting Assisted Death in the Netherlands, *Psychosomatics* 2016, 57(6): 556–565.

Expertisecentrum euthanasie. ‘2023 in beeld’. Geraadpleegd 08-07-2024.  
Www.expertisecentrum euthanasie.nl/feiten-en-cijfers/.

Fenema, Esther van, Bram Bakker, *Actiebrief tegen euthanasie*. www.brambakker.com 2017

Gabbard GO. A Contemporary Psychoanalytic Model of Countertransference. *Journal of clinical psychology* 2001; 57: 983

Ganzini, L., Psychiatric evaluations for individuals requesting assisted death in Washington and Oregon should not be mandatory. *General Hospital Psychiatry* 2014, 36: 10–12

Gustafson James M., *Ethics from a Theocentric Perspective, vol II* p 215 Chicago: University of Chicago Press, 1984

Hein Irma, Adger Hondius, *Wilsbekwaamheid in de medische praktijk*, p 102, Utrecht, De Tijdstroom, 2018

Hertogh, Govert den, *What kind of death*, New York, Routledge, 2023

Hoge Raad 21 juni 1994, nr. 96.972, ECLI:NL:HR:1994:AD2122

Hoge Raad - HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656.

Jonghe F. de – *Hoe medisch is de psychiatrie?* Alphen aan den Rijn, Samson Uitgeverij, 1981

Kammeraat M, Kölling P. *Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum euthanasie*, Den Haag: Expertisecentrum Euthanasie, 2020

Kim Scott Y.H., Raymond G. de Vries, John R. Peteet, Euthanasia and Assisted Suicide of Patients with Psychiatric disorders in the Netherlands 2011-2014, *JAMA Psychiatry*, 2016;73(4): 362-368

Koch, H.J. ‘Über Suizide und suizidale Syndrome in der Heiligen Schrift: Christen im Spannungsfeld der biblischen Lehre’, *NeuroGeriatric* (2012), 9 (2)

Kolk, Bessel van der, *The body keeps the score*, Viking Press, 2014

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming. Bijlage 9 Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid*, 2004

Loenen Gerbert van, *Lof der onvolmaaktheid*, Utrecht, Uitgeverij Ten Have, 2015

Matuszak Jeremy, Melissa Piasecki Inter-Rater Reliability in Psychiatric Diagnosis, *Psychiatric times Vol 29 No 10*, 2012

Medisch contact 22-5-2019. Pieter Jan Stallen, Michiel Marlet, Remco de Winter. 'Geen euthanasie bij jongeren met psychische stoornis', geraadpleegd 01-07-2024.  
[www.medischcontact.nl/actueel-laatste-nieuws/artikel/geen-euthanasie-bij-jongeren-met-psychische-stoornis](http://www.medischcontact.nl/actueel-laatste-nieuws/artikel/geen-euthanasie-bij-jongeren-met-psychische-stoornis)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, *Richtlijn electroconvulsietherapie*, [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl), Utrecht, 2021

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, *Richtlijn levensbeëindiging in de psychiatrie*, [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl), Utrecht, 2018

Regionale Toetsingscommissie Euthanasie <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/psychiatrische-aandoeningen> laatst geraadpleegd 06-07-2024

Regionale Toetsingscommissie Euthanasie; *Euthanasiecode 2022*, 2022

Regionale Toetsingscommissie euthanasie; *Jaarverslag 2023*, 2024

Rümke H.C., *Psychiatrie deel I*, Amsterdam, Scheltema en Holkema, 1943

Sadock Benjamin James, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz, *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, p 2612, Wolters Kluwer, 2017

Stewart C., Peisah, C., Draper, B. A test for mental capacity to request assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 37, 34-39, 2011

Thienpont, L, M Verhofstadt, T van Loon et al, Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *British Medical Journal Open*, 5(7): e007454, 2015

Tol D. van, De balanszelfdoding, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1986;130:199-3

Tronto, Joan C., *Moral Boundaries, a political argument for an ethic of care*, p 171, New York, Taylor and Francis Group 1993

Trouw, 16-11-2023. Jeroen den Blijker. 'Milou (17) kreeg euthanasie: Waarom mogen mensen met kanker die uitbehandeld zijn wel dood maar ik niet?' [www.trouw.nl/zorg/milou-17-kreeg-euthanasie-waarom-mogen-mensen-met-kanker-die-uitbehandeld-zijn-wel-dood-gaan-maar-ik-niet~b941fac3/](http://www.trouw.nl/zorg/milou-17-kreeg-euthanasie-waarom-mogen-mensen-met-kanker-die-uitbehandeld-zijn-wel-dood-gaan-maar-ik-niet~b941fac3/), laatst geraadpleegd 27-07-2024

Tweede Kamer der Staten-Generaal – *Wet toetsing levensbeëindiging van ouderen op verzoek*, 's-Gravenhage 2020

Vinkers CH, van de Kraats GB, Biesart M, et al. Is mijn patiënt wilsbekwaam? *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A7229.

Veen Sisco M.P. van, Andrea M. Ruissen, Guy A.M. Widdershoven, Irremediable psychiatric suffering in the context of physician-assisted death: a scoping review of arguments, *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(9), 593-603, 2020

Veen Sisco M.P. van, Andrea M. Ruissen, Aartjan T.F. Beekman, Natalie Evans, Guy A.M. Widdershoven, 'Establishing irremediable psychiatric suffering in the context of medical assistance in dying in the Netherlands: a qualitative study', *Canadian Medical Association Journal*, 194, pp 485-491, 2022

Verhofstadt Monica, Lieve Thienpont, Gjalt-Jorn Ygram Peters. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 211(4), pp 238-245, 2017

Verwijk Esmée, Jasmien Obbels, Harm Pieter Spaans, en Pascal Sienaert, Dokter, komt mijn geheugen terug? – *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 10, pp 632-637 2017

Velleman J. David – Against the right to die – *The Journal of Medicine and Philosophy* 17:666-669, 1992

Volkscrant 17-06-2023. Maud Effting, en Haro Kraak. 'Jan wilde graag euthanasie, zijn psychiaters aarzelden. Ik laat je niet in de steek zei zijn zoon'.  
[www.volkscrant.nl/kijkverder/v/2023/euthanasie-bij-mensen-die-psychisch-zijn-uitbehandeld~v763897/](http://www.volkscrant.nl/kijkverder/v/2023/euthanasie-bij-mensen-die-psychisch-zijn-uitbehandeld~v763897/), geraadpleegd 22-06-2024

Weyers Heleen, *Euthanasie in Nederland, 2002-2022*, Den Haag, Boom juridisch, 2022

Winthorst W.H., W.H. van Zelst, H.L. Van, H.M. van Loo, Euthanasieverzoek door een patiënt met een borderline persoonlijkheidsorganisatie, *Tijdschr Psychiatr.* 2023;65(9):568-571

ZonMw, *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl), 's-Gravenhage 2017

ZonMw, *Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl), 's-Gravenhage 2023