

Menswaardig sterven voor psychiatrische patiënten

Het debat in Nederland rondom euthanasie bij psychiatrische patiënten.

Naam: Pauline van Pinxten

Studentnummer: 318351

Adres: Hazenakkers 31

5271 HK Sint Michielsgestel

E-mailadres: 318351pp@student.eur.nl &

paulinevanpinxten@hotmail.com

Studiejaar: 2011-2012

Datum: 13-06-2012

Afstudeerbegeleider: Drs. I. Wallenburg

Meelezer: Drs. H.M. Krol



Voorwoord

Voor u ligt mijn bachelor scriptie, waarmee ik mijn bachelor Gezondheidswetenschappen aan de Erasmus Universiteit Rotterdam afrond. In september 2011 begon het onderzoek naar euthanasie bij psychiatrische patiënten. In dit rapport worden de resultaten van dit onderzoek getoond.

Dit onderzoek had niet plaats kunnen vinden zonder de steun van een aantal docenten. Hierbij dank ik speciaal Iris Wallenburg, mijn begeleidster vanuit de universiteit. Haar persoonlijke begeleiding heeft mij meerdere keren geïnspireerd en gemotiveerd om door te gaan en het beste uit dit onderzoek te halen. Daarnaast dank ik de respondenten die meegewerkt hebben aan dit onderzoek. Zonder de inzet van de psychiaters en sociaal maatschappelijk betrokkenen had ik de gegevens niet kunnen verzamelen en had dit onderzoek niet kunnen plaatsvinden. Voor hun respons en enthousiaste reacties ben ik hen dankbaar. Ook ben ik meezer Marieke Krol dankbaar voor de interesse en het doornemen van deze scriptie.

Een goede voorbereiding en de juiste ondersteuning vanuit de universiteit zijn echter niet voldoende om deze grote uitdaging succesvol te voltooien. Vriendschap en het vertrouwen van vele mensen om mij heen, heb ik als zeer waardevol ervaren. Vrienden, familie en studiegenoten; zonder jullie was de weg naar de finish van dit onderzoek een stuk moeizamer geweest! Hierbij gaat mijn speciale dank uit naar mijn vriend Rudy Morre, die mij altijd gesteund heeft.

Pauline van Pinxten

Sint Michielsgestel, Juni 2012

Samenvatting

Op 1 april 2002 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtlvhz) in werking getreden in Nederland. De KNMG benadrukt dat euthanasie toegepast mag worden bij psychiatrische patiënten, echter artsen zijn hier vaak niet van op de hoogte. In dit onderzoek is de centrale vraag: **‘Hoe heeft het debat in Nederland zich omtrent euthanasie bij psychiatrische patiënten ontwikkeld?’**. Hierbij zijn vier deelvragen opgesteld. De eerste deelvraag is ‘Hoe heeft het politieke debat over euthanasie bij psychiatrische patiënten zich ontwikkeld?’. De tweede deelvraag is ‘Hoe heeft het debat over euthanasie bij wilsonbekwame patiënten zich ontwikkeld binnen de medische professie?’. Vervolgens is deelvraag 3 ‘Welke rol heeft de media gespeeld in de ontwikkeling van het beleid rondom euthanasie bij psychiatrische patiënten?’. Tot slot is deelvraag 4 ‘Welke invloed hebben de patiëntenorganisaties en de sociale bewegingen gehad in de ontwikkeling van het beleid rondom euthanasie bij psychiatrische patiënten?’. De definitie van euthanasie die gehanteerd is in dit onderzoek, is “de opzettelijke levensbeëindiging door een ander dan de betrokkene op diens verzoek”. Met het begrip levensbeëindiging wordt bedoeld het bewust toedienen van medicatie in een dodelijke dosering.

De centrale vraag en de deelvragen zijn beantwoord door middel van data die verkregen zijn uit een selectieve media studie en semigestructureerde interviews.

Uit deze scriptie blijkt dat er altijd aandacht is geweest voor de positie van wilsonbekwame patiënten, maar dat de discussie door de jaren heen opener is geworden. Tevens is gebleken dat de wetgeving over euthanasie bij psychiatrische patiënten achter loopt op de jurisprudentie.

Uit dit onderzoek is ook gebleken dat euthanasie bij psychiatrische patiënten onder artsen controversieel is. Dit komt doordat er drie hoofdvragen spelen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten. De eerste vraag is of euthanasie wel gerechtvaardigd is bij een specifieke patiënt. Hierbij gaat het erom of de doodswens voortkomt uit ondraaglijk lijden of dat de doodswens voortkomt uit het ziektebeeld. Het tweede punt gaat over slippery slope. De vraag hierbij is of psychiatrische patiënten een echte doodswens hebben of dat zij zich gedwongen voelen om te vragen om euthanasie. De derde vraag gaat over het collectief versus het individueel falen van artsen. Artsen hebben het gevoel dat zij falen, omdat er voor bepaalde psychiatrische patiënten geen adequate behandeling is. Ook hebben zij het gevoel dat zij falen omdat zij de euthanasiewens niet kunnen laten verdwijnen.

Tevens heeft dit onderzoek laten zien dat de rol van de media tweeledig is. Allereerst zorgt de media ervoor dat de discussies over euthanasie bij psychiatrische patiënten onder de aandacht gebracht worden van de politiek, van de maatschappij en van de artsen. Daarnaast is de media de spreekbuis van de sociale actoren, de medische beroepsgroep en het ministerie van VWS.

Zoals uit deze scriptie blijkt is de invloed van de sociale bewegingen op de discussie over euthanasie bij psychiatrische patiënten lastig te bepalen. Te zien is dat de sociale bewegingen proberen om de discussie aan te wakkeren. Het lijkt erop dat dit lukt, want de KNMG lijkt te reageren op de sociale bewegingen.

De waarde van dit onderzoek is het gegeven inzicht in het beloop van het beleid over euthanasie bij psychiatrische patiënten en het uitdiepen van de dilemma's die spelen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten.

Er zijn drie aanbevelingen voor verder onderzoek. De eerste aanbeveling voor verder onderzoek is een onderzoek naar de dilemma's die spelen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten onder de groep tegenstanders van euthanasie bij psychiatrische patiënten. Een tweede aanbeveling voor verder onderzoek is een soortgelijk onderzoek als voorliggend onderzoek, bij een grotere groep psychiaters. Een laatste aanbeveling voor verder onderzoek is een internationale vergelijking met landen welke soortgelijke wetgeving hebben als Nederland. Dit om te onderzoeken wat de verschillen zijn tussen landen wat betreft het aantal ingewilligde euthanasieverzoeken bij psychiatrische patiënten.

Summary

On 1 April 2002, the Act Termination of Life on Request and Assisted Suicide came into force in the Netherlands. The doctors organization (KNMG) emphasized that euthanasia can be applied in case of psychiatric patients, but doctors are often not aware of this. The following question is central in this research: **‘How has the debate on euthanasia for psychiatric patients in the Netherlands developed?’** Four sub-questions are drawn to answer the central question. The first sub-question is ‘How has the political debate on euthanasia for psychiatric patients developed?’ The second sub-question is ‘How has the debate on euthanasia for patients who are unable to give informed consent developed within the medical profession?’. The third sub-question is ‘What role has the media played in the development of the policy on euthanasia for psychiatric patients?’ The last sub-question is ‘What influence did the patient organizations and social movements have in the development of the policy on euthanasia for psychiatric patients?’ The definition of euthanasia that is used in this study is “the intentional termination of life by someone other than the person concerned at his request”. With the concept of termination is meant the deliberate administration of medication in a lethal dose.

The central question and sub-questions are answered through data obtained from selective media studies and semi-structured interviews.

This thesis shows that there has always been attention for the position of patients who are unable to give informed consent, but that the discussion has become more open over the years. Simultaneously, it is proved that the law on euthanasia for psychiatric patients lags behind the jurisprudence.

This study also shows that euthanasia for psychiatric patients is controversial among physicians. This is due to three main questions that play an important role in euthanasia for psychiatric patients. The first question is whether euthanasia is justified for a specific patient. This refers to whether the death wish comes from unbearable suffering or that the death wish arises from the syndrome. The second point is about slippery slope. The question is whether psychiatric patients have a real death wish or that they feel compelled to ask for euthanasia. The third question is about the collective versus the individual failure of physicians.

Physicians feel that they have failed, because there is no adequate treatment for some psychiatric patients. Physicians also feel that they fail because they are unable to let the death wish disappear.

Also, this study shows that the role of the media is twofold. First of all, the media brings the discussion about euthanasia for psychiatric patients under the attention of society, politics, and physicians. Secondly, the media serves as the mouthpiece of the social actors, the medical professional group and politics.

As this thesis shows, the influence of social movements on the debate about euthanasia for psychiatric patients is difficult to determine. It is seen that the social movements are trying to stir up the debate. This seems to work, because the KNMG seems to respond to the social movements.

The value of this research is the given insight into the evolution of policies on euthanasia for psychiatric patients and an in-depth study of the dilemmas that play a role in euthanasia for psychiatric patients.

There are three recommendations for further research. The first recommendation for further research is an examination of the dilemmas that play a role in euthanasia for psychiatric patients among the group of opponents of euthanasia for psychiatric patients. A second recommendation for further research is a similar study, with a larger group of psychiatrists. A final recommendation for further research is an international comparison with countries which have similar legislation as the Netherlands. This is because then they can investigate the differences between countries regarding the number of approved euthanasia requests for psychiatric patients.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
Summary.....	5
1. Inleiding.....	9
1.1 Huidige stand van de euthanasiewetgeving	9
1.2 Kernproblemen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten	11
1.3 Centrale vraagstelling en deelvragen.....	12
1.4 Opbouw van de tekst	12
2. Theoretisch kader.....	13
2.1 Death, dying, and the right to die – Clive Seale.....	13
2.2 Postmortem - Stefan Timmermans.....	14
2.3 De autoriteit van artsen.....	15
2.4 Euthanasie in de psychiatrie	16
3. Methoden	18
3.1 Dataverzameling.....	18
3.2 Validiteit en betrouwbaarheid.....	20
3.3 Gebruikte bronnen	21
4. Ontwikkeling van het euthanasiebeleid in Nederland.....	22
4.1 Euthanasie als lichtere vorm van doodslag	22
4.2 De invloed van medicalisering op euthanasie	22
4.3 De invloed van een veranderende medische ethiek op euthanasie.....	24
4.4 Euthanasie is wellicht te rechtvaardigen, aldus artsen	25
4.5 De zaak Postma.....	27
4.6 Verschuivende opinie in de euthanasiediscussie	28
4.7 Advies van de Gezondheidsraad over euthanasie	30
4.8 Wetsvoorstellen in 1984 en 1986.....	31
4.9 Standpunt van de KNMG	32
4.10 Euthanasie is te rechtvaardigen onder bepaalde voorwaarden	34
4.11 Jurisprudentie over euthanasie bij een psychiatrische patiënt in de jaren 90.....	35
4.12 De euthanasiepraktijk tussen 1991 en 1995.....	38
4.13 Discussie over euthanasie naar een meer praktisch niveau.....	39
4.14 Euthanasie bij psychiatrische patiënten: toch twijfelachtig?.....	41
4.15 De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.....	42
4.16 De evaluatie van de Wtlvhz.....	43
4.17 Euthanasie bij dementie patiënten	44

4.18 Euthanasie bij psychiatrische patiënten	45
4.19 Aantal euthanasieverzoeken in de psychiatrie tussen 2007 en 2012.....	46
5. Kernpunten bij euthanasie bij psychiatrische patiënten.....	48
5.1 Het maatschappelijk dilemma van de zelfverkozen dood	48
5.2 Het dilemma van behandelen.....	52
5.3 Het dilemma in de spreekkamer.....	54
6. Conclusie	62
6.1 Politieke debat over euthanasie bij psychiatrische patiënten	62
6.2 Het debat over euthanasie bij wilsonbekwame patiënten binnen de medische professie	63
6.3 De rol van de media in de ontwikkeling van beleid rondom euthanasie.....	63
6.4 De invloed van sociale bewegingen op de ontwikkeling van beleid over euthanasie ...	64
7. Discussie.....	65
Literatuurlijst.....	67
Bijlage 1: respondenten.....	71
Bijlage 2: referenties tijdschriften- en krantenanalyse	72

1. Inleiding

In 2010 kwamen twee moeders, Jeannette Croonen en Carine de Vries¹, van psychiatrische patiënten in het nieuws. Zij hebben een stichting opgericht, omdat zij willen dat de doodswens en een menswaardig sterven bij ondraaglijk lijden als psychiatrisch patiënt bespreekbaar gemaakt moeten worden (de Vries en Croonen 2011). ‘De moeders’ zeggen in een interview over het doel van hun organisatie:

“Ons doel is eigenlijk maak het bespreekbaar in de psychiatrie. Als het bespreekbaar is dan kom je vanzelf verder” (Interview met ‘de moeders’ 2012).

‘De moeders’ vinden dat psychiaters de morele plicht hebben om eerlijk te zijn over de prognose van chronische psychiatrische patiënten. Als niets meer helpt, zouden psychiaters dit openlijk moeten bespreken met hun patiënt. Daarnaast vinden ‘de moeders’ dat de patiënten een menswaardiger einde zouden hebben, wanneer het euthanasieverzoek ingewilligd zou worden (de Vries en Croonen 2011).

Dit komt overeen met de betekenis van het woord euthanasie. Euthanasie is namelijk afgeleid van een Grieks woord dat een goede of gelukkige dood betekent (ter Hedde et al 2003). De definitie van euthanasie² volgens de KNMG (2005:18) is “de opzettelijke levensbeëindiging door een ander dan de betrokkene op diens verzoek.” Een kernbegrip in deze definitie is ‘levensbeëindiging’. Daarmee wordt bedoeld het bewust toedienen van medicatie in een dodelijke dosering. ‘De moeders’ hebben beiden een kind met een psychiatrische aandoening gehad. Deze kinderen hadden herhaaldelijk aan hun behandelaars gevraagd om hulp bij zelfdoding. Toen dit verzoek keer op keer afgewezen werd, hebben beide kinderen zelfmoord gepleegd. Dit is de reden dat de ‘de moeders’ vinden dat psychiaters en andere behandelaars anders zouden moeten handelen bij een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt. Om dit te bereiken hebben zij zich herenigd in de stichting Euthanasie in de Psychiatrie (de Vries en Croonen 2011).

1.1 Huidige stand van de euthanasiewetgeving

Op 1 april 2002 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtlvhz) in werking getreden in Nederland (Wetten 2011). Er is veel vooraf gegaan aan deze wet. In 1886 stond namelijk nog in het Wetboek van Strafrecht dat er op levensbekortend handelen een gevangenisstraf van maximaal 12 jaar staat (Weyers 2002:3). In de jaren

¹ Jeannette Croonen en Carine de Vries zijn beiden moeder van een psychiatrische patiënt. Zij hebben de stichting Euthanasie in de Psychiatrie opgericht. Ook hebben zij een boek geschreven ‘De strijd voorbij’. Bij verwijzingen naar het boek zal er verwezen worden naar Croonen & de Vries 2010. Bij verwijzingen naar het interview met Jeannette Croonen en Carine de Vries zal verwezen worden naar ‘de moeders’.

² In dit onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding.

tachtig is er in Nederland een gedoogbeleid ten opzichte van euthanasie ontstaan. De KNMG stelt in deze jaren een standpuntbepaling op waarin richtlijnen staan voor artsen die euthanasie gedogen (Evrengün 2011). Van 1988 tot 2002 wordt euthanasie nog steeds verboden in het Wetboek van Strafrecht, maar kan euthanasie worden gerechtvaardigd onder bepaalde eisen. Wanneer een arts aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan heeft, zal de arts niet vervolgd worden (van der Heide et al. 2007).

Op dit moment is het in Nederland gangbaar om euthanasie te omschrijven als het handelen van een arts dat het leven van een patiënt op diens uitdrukkelijk verzoek beëindigt. Belangrijke begrippen daarbij zijn vrijwilligheid, weloverwogenheid van het verzoek, wilsbekwaamheid en uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn in Nederland nog steeds een strafbaar feit. Er is echter geen sprake van een strafbare handeling als deze handeling verricht wordt door een arts. Deze arts moet dan wel handelen volgens de wettelijke zorgvuldigheidseisen en hiervan melding maken bij de lijkschouwer (Regionale toetsingscommissies euthanasie 2011). Onder de Wtlvhz vallen ook psychiatrische patiënten. Echter, een casus zoals hierboven beschreven komt nog regelmatig voor. Euthanasie blijkt nog steeds een gevoelig onderwerp te zijn en euthanasie in de psychiatrie blijkt nog gevoeliger te liggen.

Ook onder de huidige Wtlvhz betekent het niet dat euthanasie in Nederland onomstreden is of dat euthanasie voor iedereen toegankelijk is. In Nederland is euthanasie dus gelegaliseerd, maar er is geen recht op euthanasie. Euthanasie gebeurt niet op afroep, maar alleen in die gevallen dat een patiënt om euthanasie vraagt en de arts oordeelt dat die patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt en dat de patiënt wilsbekwaam is. Uitzichtloos lijden wordt gezien als lijden dat niet op een andere manier kan worden weggenomen of verlicht met behulp van andere methoden of behandelingen (van Santen 2010). In het algemeen wordt aangenomen dat ondraaglijk lijden gaat om het lijden dat een persoon als ondraaglijk ervaart en dat dit lijden ook voor de arts invoelbaar moet zijn (Verhagen et al. 2007). Psychiater Verlinde verstaat onder wilsbekwaamheid, het vermogen om weloverwogen beslissingen te kunnen nemen en de consequenties te kunnen overzien op basis van een logische argumentatie. Wilsbekwaamheid moet volgens Verlinde gerelateerd worden aan de beslissing die genomen moet worden (Kerkhof & de Luyn 2010). Een patiënt is wilsbekwaam, totdat het tegendeel blijkt, volgens 'de moeders'. Tijdens bepaalde perioden zijn psychiatrische patiënten wilsonbekwaam, maar wanneer zij uit deze periode komen, zijn zij in principe weer wilsbekwaam, aldus 'de moeders' (Croonen & de Vries 2010). De uitzichtloosheid van het lijden, net als de eis van wilsbekwaamheid, zijn niet in alle gevallen en situaties goed in te schatten. Dit maakt dat het voor bepaalde groepen lastiger is om na

een verzoek tot euthanasie dit ook te krijgen. Bijvoorbeeld in het geval van psychiatrische patiënten. In deze gevallen is het voor een arts lastiger om te beoordelen of een patiënt wilsbekwaam is en of de patiënt een duurzame doodswens heeft doordat hij uitzichtloos en ondraaglijk lijdt. De vraag is dus wanneer lijden uitzichtloos en ondraaglijk is en hoe dit moet worden bepaald.

1.2 Kernproblemen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten

Op dit moment is euthanasie ook toegestaan op mensen die daar niet om kunnen vragen. Hiermee wordt bedoeld dat onder bepaalde voorwaarden euthanasie is toegestaan bij bijvoorbeeld mensen in coma, wilsonbekwame geestelijk gehandicapten en pasgeborenen (Mistrate Haarhuis 2007). Een van de groepen waar een euthanasieverzoek op dit moment nog moeilijk in te schatten is, is in de psychiatrie. De KNMG heeft onlangs benadrukt dat euthanasie wel toegepast mag worden bij personen met een psychiatrische aandoening. Zij geven hierbij wel aan dat artsen echter vaak een euthanasieverzoek van psychiatrische patiënten afwijzen (KNMG 2011). In de praktijk blijkt dan ook dat euthanasie voornamelijk bij personen met kanker wordt toegepast. Van de euthanasieverzoeken in Nederland komt namelijk 80 procent van patiënten met een ongeneeslijke vorm van kanker (van Santen 2010). Zoals gezegd, stelt de KNMG dat er ook andere situaties zijn waarin euthanasie toelaatbaar is, bijvoorbeeld bij psychiatrische patiënten en patiënten met dementie (KNMG 2011). Ook het ministerie van VWS geeft aan dat euthanasie bij psychiatrische patiënten is toegestaan wanneer aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en wanneer de patiënten een duurzame doodswens hebben door ondraaglijk en uitzichtloos lijden (Ministerie van VWS 2010).

De KNMG stelt echter ook dat artsen onvoldoende op de hoogte zijn van het gegeven dat patiënten met (beginnende) dementie en met chronische psychiatrische ziektebeelden vallen binnen de kaders van de Wtlvzh. Er moet, volgens de KNMG, altijd sprake zijn van een medische grondslag, een conditie die als ziekte kan worden aangemerkt of een combinatie van ziekten en klachten, om euthanasie te mogen plegen (KNMG 2011). Uit bovenstaande blijkt dat euthanasie in Nederland legaal is. Het is vaak echter erg moeilijk om vast te stellen wanneer iemand ondraaglijk lijdt. In de psychiatrie is dit helemaal erg lastig te beoordelen. Bovendien is het lastig om in de psychiatrie vast te stellen of de wens voortkomt uit het ziektebeeld of dat de wens voortkomt uit de wil om te sterven. Dit is de reden dat artsen vaak geen medewerking verlenen aan euthanasie bij psychiatrische patiënten (Berwaerts 2008).

De kernproblemen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten bevatten meerdere aspecten. Zoals gezegd is er geen recht op euthanasie, waardoor het voor psychiatrische patiënten

lastig is om euthanasie of hulp bij zelfdoding te krijgen (van Santen 2010). Daarnaast zijn er een aantal redenen waarom artsen euthanasie niet snel toepassen bij psychiatrische patiënten. Hierop wordt in hoofdstuk vijf teruggekomen.

1.3 Centrale vraagstelling en deelvragen

In dit onderzoek zal verder onderzocht worden hoe het debat rondom euthanasie bij psychiatrische patiënten zich ontwikkeld heeft. Het doel van deze studie zal zijn om te beschrijven hoe het debat van het euthanasieverzoek van psychiatrische patiënten zich heeft ontwikkeld. Het belang van deze studie is de kwesties inzichtelijk maken waar discussie over is bij euthanasie bij psychiatrische patiënten. De centrale vraag van dit onderzoek is:

‘Hoe heeft het debat in Nederland zich omtrent euthanasie bij psychiatrische patiënten ontwikkeld?’

Om deze centrale vraag te beantwoorden, is deze uitgesplitst in vier deelvragen. Nadat de deelvragen beantwoord zijn, zal de centrale vraag beantwoordt worden met behulp van deze antwoorden.

Deelvraag 1 luidt ‘Hoe heeft het politieke debat over euthanasie bij psychiatrische patiënten zich ontwikkeld?’

Deelvraag 2 luidt ‘Hoe heeft het debat over euthanasie bij wilsonbekwame patiënten zich ontwikkeld binnen de medische professie?’

Deelvraag 3 luidt ‘Welke rol heeft de media gespeeld in de ontwikkeling van het beleid rondom euthanasie bij psychiatrische patiënten?’

Deelvraag 4 luidt ‘Welke invloed hebben de patiëntenorganisaties en de sociale bewegingen gehad in de ontwikkeling van het beleid rondom euthanasie bij psychiatrische patiënten?’

1.4 Opbouw van de tekst

Het theoretische kader van dit onderzoek wordt in hoofdstuk twee uitgewerkt. Daarna worden in hoofdstuk drie de methoden uiteengezet. Hoofdstuk vier en vijf bevat de resultaten van dit onderzoek. De resultaten worden behandeld in enkele paragrafen. Vervolgens bevat hoofdstuk zes de conclusie, waarin antwoord wordt gegeven op de deelvragen en de hoofdvraag. Daarna volgt de discussie in hoofdstuk zeven. Hierin wordt het onderzoek kritisch bekeken in het licht van de wetenschappelijke theorieën en hierin vindt een evaluatie van het onderzoek plaats. Tot slot volgen de literatuurlijst en de bijlagen.

2. Theoretisch kader

In dit theoretische kader zal een sociologisch kader over de rol van artsen en de maatschappij bij levensbeëindiging centraal staan. Er zal aan de hand van twee auteurs, namelijk Timmermans (2007) en Seale (2010), beargumenteerd worden welke rol artsen hebben bij levensbeëindiging, of artsen autoriteit hebben over de dood en wat de relatie van deze autoriteit is met betrekking tot euthanasie bij psychiatrische patiënten. Er is voor deze twee auteurs gekozen omdat zij de rol van artsen en de interactie tussen artsen en de maatschappij analyseren. Zij analyseren de rol van artsen en de interactie tussen artsen en de maatschappij als het gaat om praktijken van dood gaan. Eerst zal het onderzoek van Seale uitgewerkt worden in paragraaf één. Vervolgens zal het onderzoek van Timmermans besproken worden in paragraaf twee. Daarna wordt het werk van Timmermans gerelateerd aan het werk van Seale in paragraaf drie. Tot slot worden Seale en Timmermans gekoppeld aan het onderwerp van dit onderzoek, euthanasie in de psychiatrie in paragraaf vier.

2.1 Death, dying, and the right to die – Clive Seale

Seale beargumenteert dat de huidige beleving van de dood erg wordt beïnvloed door een transformatie in de levensverwachting en in het ziektepatroon. Doordat de gemiddelde levensverwachting sterk verhoogd is in de rijkere landen van de wereld, is dood een ervaring geworden aan het einde van het leven. De beleving van dood is dus gekoppeld aan de meer algemene beleving van het oud zijn. Ook hebben, voornamelijk in rijke landen, de ziektepatronen invloed gehad op de beleving van de dood. Algemeen kan er gezegd worden dat men nu aan andere ziekten overlijdt dan vroeger, bijvoorbeeld aan kanker in plaats van aan ondervoeding. Ook is de management van de dood steeds meer een onderwerp geworden van professionele managers en eenzame instituties. Hiermee wordt bedoeld dat mensen steeds minder thuis overlijden en steeds vaker in zorginstellingen, zoals het ziekenhuis (Seale 2010:210-211).

Seale beschrijft dat de terminale zorg in de jaren zestig de grondbeginselen gelegd heeft voor de huidige zorg. Overlijden zou volgens dit model uit de jaren zestig iets moeten zijn dat emotionele begeleiding, begrip van de dood en psychologische en relationele ontwikkeling moet bevatten. Dit kan in de laatste fase van het leven gekoppeld worden aan medische expertise en verpleegkundige zorg om het lijden te verzachten (Seale 2010:213).

Een bekend communitaristisch argument tegen de legalisering van euthanasie is die van de “slippery slope”, welke claimt dat er druk gezet zal worden op de kwetsbare personen in de samenleving die het recht om te sterven zullen zien als een plicht om te sterven. Speciaal de

oudere mensen zonder goede hulpbronnen zullen zichzelf een last vinden voor anderen en zullen het als hun plicht voelen om te vragen om euthanasie (Seale 2010:218).

Seale geeft aan dat artsen een grote invloed hebben op de totstandkoming van de wetgeving. Hierbij geeft Seale als voorbeeld dat Nederland een van de weinige landen is, waar euthanasie gelegaliseerd is. De legalisering van euthanasie in Nederland is mede mogelijk gemaakt door de steun van de KNMG. Hieruit blijkt, volgens Seale, weer de grote invloed die artsen hebben op besluitvorming en wetgeving. Daarnaast hebben sociale bewegingen veel invloed, aldus Seale (Seale 2010:219).

2.2 Postmortem - Stefan Timmermans

Timmermans heeft onderzoek gedaan naar obductie en lijkshouwing. Timmermans stelt dat dood geen individuele, maar een sociale gebeurtenis is. Artsen spelen een centrale rol bij de dood, doordat zij de dood kunnen verklaren. Artsen verifiëren het overlijden van een persoon. De aanwezige arts maakt de dood officieel door de tijd en de oorzaak van de dood te noteren, welke meestal de oorspronkelijke diagnose is. De doodsverklaring door artsen is door Timmermans in drie onderdelen verdeeld. Elk onderdeel heeft een andere oriëntatie: een impliciete focus op het vermijden van de dood tijdens het leven, een waardige doodservaring en een schone, snelle afhandeling na de dood (Timmermans 2007:1).

Timmermans geeft aan dat de medische autoriteit over de dood geen 'natuurlijke' autoriteit is, maar dat dit kan worden verklaard door de culturele autoriteit. Timmermans onderscheidt de volgende vormen van autoriteit: professionele, culturele en forensische autoriteit. Professionele autoriteit heeft een arts, volgens Timmermans, wanneer hij de legitimiteit heeft om leiding te geven aan professioneel werk en wanneer deze beoordelingen worden geaccepteerd door verschillende publieke groepen. Culturele autoriteit is volgens Timmermans de mogelijkheid om specifieke definities van realiteit en waardering van meningen en waarden te laten zegevieren als valide en waar. Forensische autoriteit is de professionele en culturele autoriteit van artsen tezamen. Professionele autoriteit kan culturele autoriteit bevatten wanneer professionals definities kunnen bekrachtigen. Een voorbeeld van forensische autoriteit is dat artsen kunnen constateren wat de dood heeft veroorzaakt volgens de professionele standaarden, door hun professionele autoriteit, en dat kunnen definiëren waar moord en zelfmoord om gaat, door hun culturele autoriteit. Een ander voorbeeld van culturele autoriteit is dat artsen de mogelijkheid hebben om aan nabestaanden uit te leggen hoe iemand is overleden (Timmermans 2007:8-9).

Timmermans stelt dat autoriteit niet iets is dat vast staat, maar iets is dat kan fluctueren. De autoriteit van professionals kan veranderen door de tijd, maar ook ineens door een bepaalde gebeurtenis (Timmermans 2007:10).

Artsen hebben autoriteit omdat zij in staat zijn om de angst voor de dood in de maatschappij te verminderen. Artsen doen kennis op tijdens hun werk, welke zij kunnen gebruiken voor de gezondheidszorg, de publieke veiligheid en voor preventie. Hierdoor bieden zij de maatschappij hoop. Het werk van artsen gaat volgens Timmermans boven de onmogelijkheid van de dood en van ziekte en hierdoor zorgt het voor een verandering in perspectief over ziekte. Mensen gaan dankzij artsen geloven in een positieve uitslag bij een ziekte. Doordat artsen geweld, dood en ziekte kunnen verklaren, bieden zij hoop en dit draagt bij aan de culturele autoriteit van artsen. Hiermee wordt ook de eerdergenoemde zin verklaard dat de medische autoriteit over de dood geen 'natuurlijke' autoriteit is, maar dat dit kan worden verklaard door de culturele autoriteit. Deze zin geeft aan dat artsen hun autoriteit hebben en kunnen behouden doordat zij verklaringen en hoop bieden bij ziekte en dood (Timmermans 2007:11-12).

2.3 De autoriteit van artsen

Net als Timmermans stelt Seale dat medische autoriteiten, door klinische en forensische activiteiten, dominant zijn in het bieden van acceptabele verklaringen voor de dood. De maatschappij heeft artsen die autoriteit gegeven, maar zonder maatschappelijke steun kunnen artsen deze rol niet vervullen. Artsen zijn dus afhankelijk van de politiek en de maatschappij en zijn dus geen volledig autonome actoren (Seale 2010:213). Seale vindt dat artsen de dood hiermee weergeven als cultureel handelbaar en begrijpbaar. Wanneer een verklaring voor de dood niet gegeven kan worden, heeft dit als gevolg dat er verdere activiteiten door medische autoriteiten ondernomen kunnen worden, aldus Timmermans en Seale. Hiermee behouden de artsen de culturele autoriteit over de gezondheidszorg en over de betekenis van de dood (Seale 2010:212).

Seale ziet het als een belangrijke bijdrage van artsen om de dood te kunnen lokaliseren in het lichaam. Met het lokaliseren van de dood in het lichaam, kunnen artsen ook aantonen of de dood een natuurlijke uitkomst is van een ziekte. Door deze lokalisatie van de dood in het lichaam kunnen artsen betere medische inspanningen verrichten in de toekomst om deze ziekte te verslaan en om de dood te voorkomen. Seale geeft hierbij aan dat als de gezondheidszorg de mogelijkheid biedt op een succesvolle interventie in de koers van de ziekte, dat het overlijdenscertificaat dan een indirecte belofte is aan de levenden dat de dood gecontroleerd kan worden (Seale 2010:212). Seale beschrijft dit als dat de geneeskunde een

cultureel script schrijft dat participanten helpt te schakelen in een overlevenden praktijk. Hiermee wordt bedoeld dat de artsen en de geneeskunde handvaten bieden aan overlevenden, participanten, om te kunnen omgaan met de dood van een naaste (Seale 2010:213). Dit komt overeen met Timmermans zijn theorie over de culturele autoriteit van artsen. Hij verwoordt dit alleen anders. Timmermans stelt namelijk dat artsen de angst van de maatschappij voor de dood verminderen door het onderzoeken van de doden. De kennis die artsen opdoen tijdens het onderzoek van een overledenen, kan gebruikt worden in de geneeskunde, de publieke veiligheid en bij preventie, aldus Timmermans. Hierdoor brengen artsen hoop bij de samenleving op verbeterde gezondheidszorg en een betere behandeling van ziekten (Timmermans 2007:8-9). Seale en Timmermans geven dus beiden aan dat artsen willen leren en dat zij anderen beter willen maken. Dit is volgens Seale en Timmermans de reden dat zij medische autoriteit hebben. Het verschil is dat Seale de medische autoriteit vooral ziet als middel voor patiënten en nabestaanden om ziekte en dood te kunnen begrijpen, terwijl Timmermans medische autoriteit vooral ziet als middel om de geneeskunde verder te verbeteren. De theorieën van Seale en Timmermans kunnen helpen bij de analyse over euthanasie in de psychiatrie. Dit zal in de volgende paragraaf worden beschreven.

2.4 Euthanasie in de psychiatrie

De terminale zorg heeft in de jaren zestig de basis gelegd voor de huidige zorg, aldus Seale. Overlijden zou volgens Seale iets moeten zijn dat emotionele begeleiding, begrip van de dood en psychologische en relationele ontwikkeling moet bevatten. Dit kan in de laatste fase van het leven gekoppeld worden aan medische expertise en verpleegkundige zorg om het lijden te verzachten (Seale 2010:213). Volgens Seale maakt euthanasie de dood van mensen die uitzichtloos en ondraaglijk lijden draaglijker. Dit zou dus kunnen verklaren waarom mensen, binnen en buiten de psychiatrie, een euthanasieverzoek indienen bij hun arts (Seale 2010:218).

In de vorige paragraaf is al benoemd dat Seale en Timmermans beiden van mening zijn dat artsen medische autoriteit hebben doordat zij mensen beter kunnen maken en doordat zij steeds beter leren hoe dat zij patiënten beter kunnen maken (Seale 2010:212)(Timmermans 2007:8-9). De vraag is echter hoe dit toegepast kan worden op de psychiatrie. Sommige psychiatrische aandoeningen uiten zich in lichamelijke stoornissen en zijn niet zichtbaar in de hersenen (Oei & Groenhuijsen 2003). Andere psychiatrische aandoeningen zijn zichtbaar in bijvoorbeeld de hersenen. Echter, niet alle psychiatrische aandoeningen zijn zichtbaar in het lichaam (Nevid et al. 2008). Hierdoor kan er na de dood geen of beperkte kennis gehaald

worden uit het lichaam, waarvan artsen kunnen leren hoe zij in de toekomst om moeten gaan met die ziekte. Dit kan wellicht verklaren waarom euthanasie in de psychiatrie zo lastig is.

Seale stelt dat een bekend argument tegen de legalisering van euthanasie is die van de “slippery slope”. Dit argument claimt dat er druk gezet zal worden op de kwetsbare personen in de samenleving die het recht om te sterven zullen zien als een plicht om te sterven. Vooral de oudere mensen zonder goede hulpbronnen zouden kwetsbaar zijn en zullen zichzelf wellicht een last vinden voor anderen. Hierdoor zullen zij het mogelijk als hun plicht voelen om te vragen om euthanasie. Seale geeft hierbij echter ook aan dat onderzoek in Nederland geen tekenen laat zien van een “slippery slope”. Er wordt in dit onderzoek juist met name onder jongere mannen met kanker euthanasie gepleegd en minder vaak onder ouderen (Seale 2010:218-221). Dit is een argument welke wellicht niet alleen van toepassing is op oudere mensen, maar ook op psychiatrische patiënten. Dit zal in hoofdstuk vier en vijf geanalyseerd worden.

Er kan dus geconcludeerd worden dat er twee argumenten zijn in de psychiatrie die euthanasie extra gecompliceerd maken. Het eerste argument is dat artsen bij psychiatrische patiënten geen betekenis kunnen geven aan de dood en daar dus niet van kunnen leren. Het tweede argument is dat er een grote angst is dat psychiatrische patiënten mogelijk het gevoel heeft te moeten vragen om euthanasie, zodat zij anderen niet langer tot last zijn.

3. Methoden

3.1 Dataverzameling

Het onderzoek dat gedaan is, is een kwalitatief onderzoek. Het onderzoek dat uitgevoerd is, wordt ook wel een interpretatief onderzoek genoemd (Boeije 2005:20). Dit onderzoek is een interpretatief onderzoek omdat begrepen wil worden hoe er in de sector psychiatrie omgegaan wordt met euthanasie. Ook is het explorierend onderzoek (Boeije 2005:98). Dit omdat er opzoek gegaan wordt naar kwesties die spelen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten.

Om dit onderzoek uit te voeren is er gebruik gemaakt van meerdere methoden van dataverzameling. Er is gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur, een selectieve media studie en aanvullende interviews. De wetenschappelijke literatuur bestaat uit artikelen uit het Medisch Contact. Ter afsluiting van dit hoofdstuk is een tabel opgenomen waarin alle onderzochte tijdschriften en kranten staan. De geanalyseerde artikelen uit het Medisch Contact zijn niet opgenomen in de literatuurlijst, maar staan in bijlage twee vermeld.

De mediastudie is selectief, omdat niet alle bestaande media wordt geanalyseerd. De selectieve media studie richt zich op krantenartikelen. Euthanasie in de psychiatrie werd een veelbesproken onderwerp in de jaren '80. Vanaf 1 januari 1980 tot heden zijn enkele kranten onderzocht. De kranten die onderzocht zijn, zijn de Trouw, de Volkskrant, het NRC Handelsblad, het Parool en het Algemeen Dagblad. Deze kranten zijn allemaal landelijke kranten. In het vooronderzoek is gebleken dat deze kranten de meeste publicaties hebben gedaan in het gekozen tijdsbestek over euthanasie in de psychiatrie en daarom is er voor deze kranten gekozen. De geanalyseerde krantenartikelen zijn niet opgenomen in de literatuurlijst, maar staan in bijlage twee vermeld.

De interviews zijn afgenomen bij de beroepsvereniging van artsen, patiëntenverenigingen en andere sociale bewegingen die invloed hebben gehad op de beleidsvorming rondom euthanasie bij psychiatrische patiënten. Bij de KNMG is een interview afgenomen bij een beleidsadviseur. De KNMG is de beroepsvereniging voor artsen. Zij bestaan uit zeven verschillende beroepsverenigingen. De federatiepartners van deze zeven beroepsverenigingen vormen samen de KNMG. De KNMG is dus het overkoepelende orgaan voor artsen. Zij behartigen de belangen die alle dokters aangaan (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012). Dit interview duurde ongeveer één uur. Het interview heeft zich gericht op het werk van de beleidsadviseur, de functie van de KNMG, de rol van de KNMG in het debat rondom euthanasie bij psychiatrische patiënten, de handelwijze van

artsen bij een euthanasieverzoek van psychiatrische patiënten, de redenen waarom het voor artsen lastig is om te praten over euthanasie bij psychiatrische patiënten, de contacten tussen de KNMG en andere belangenverenigingen en de invloed van de KNMG op de wet. De beroepsvereniging van artsen, de KNMG, is aangeschreven om te vragen of zij artsen hebben die mee willen werken aan dit onderzoek. Daarnaast is er via een contactpersoon geprobeerd aan artsen te komen die mee willen werken aan een interview. Ook de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Steungroep Psychiaters zijn aangeschreven. De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland hebben laten weten dat zij niet mee willen werken aan dit onderzoek. De KNMG en de Steungroep Psychiaters hebben beiden respondenten aangeleverd.

Vooraf was ingeschat dat het lastig zou zijn om artsen te vinden die mee willen werken, in de praktijk bleek dit echter bijna onmogelijk. Hierop wordt in de discussie nog teruggekomen. Bij alle artsen die mee wilden werken is bekeken in hoeverre zij ooit te maken hebben gehad met euthanasie bij psychiatrische patiënten. De artsen die geïnterviewd zijn, hebben minimaal één psychiatrische patiënten behandeld met een euthanasieverzoek. In totaal zijn er drie artsen geïnterviewd. De interviews hebben bijna één uur geduurd. De interviews met de artsen richtte zich op hun eigen ervaring(en), hun werk, de redenen waarom het lastig is om te praten over euthanasie in de psychiatrie, de discussies die gevoerd worden over euthanasie bij psychiatrische patiënten, de invloed van de wet, de persoonlijke criteria voor euthanasie bij psychiatrische patiënten en de handelswijze bij een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt.

Daarnaast is er contact opgenomen met enkele patiëntenverenigingen en sociale bewegingen in de psychiatrie, namelijk de NVVE, stichting Euthanasie in de Psychiatrie en het Humanistisch Verbond. Er is één interviews gehouden met de directeur van de NVVE. Het interview heeft bijna één uur geduurd. Dit was een open en semi-gestructureerd interview. Het interview richtte zich op de doelen en belangen van de NVVE, de rol van de NVVE aan het debat, de redenen voor artsen om niet mee te werken aan euthanasie bij psychiatrische patiënten, de procedure van de NVVE bij een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt, de oprichting van de levensindekliniek, de eigen ervaringen van euthanasie bij somatische patiënten en de interactie tussen de NVVE en andere belangenverenigingen.

Ook met de in de inleiding genoemde oprichters van de stichting Euthanasie in de Psychiatrie, 'de moeders', is een interview gehouden. Dit interview duurde bijna één uur. Het interview was open. Het interview met 'de moeders' richtte zich op de achtergrond van de

stichting, het doel van de stichting, welke rol zij willen spelen in het debat, hoe zij omgaan met reacties van psychiatrische patiënten en familieleden, de interactie tussen de stichting en andere belangenverenigingen en de invloed die de stichting uitoefent op het beleid.

Alle interviews zijn getranscribeerd en geanalyseerd. De analyse is gedaan aan de hand van een open codering (Boeije 2005:85). Dit houdt in dat alle interviews zeer zorgvuldig gelezen zijn en in fragmenten zijn verdeeld. De relevante fragmenten zijn vervolgens gelabeld en onderling vergeleken. Hieruit ontstond een codeboom. Hierdoor konden de fragmenten uit de verschillende interviews met hetzelfde onderwerp bij elkaar geplaatst worden. Hieruit werd duidelijk wat de belangrijkste onderwerpen in de interviews waren.

3.2 Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit van een onderzoek heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten. Als een onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil verklaren of meten, betekent dit dat het onderzoek valide is. De betrouwbaarheid van een onderzoek heeft betrekking op de beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten. Als er in een onderzoek sprake is van betrouwbare methoden van dataverzameling, wil dat zeggen dat een herhaling van de waarnemingen zal leiden tot een gelijke uitkomst (Boeije 2005:145).

Om de validiteit van het onderzoek te verhogen, is de onderzoeksopzet gevolgd. Ook door het gebruik van verschillende methoden, data en theorieën is getracht om de validiteit zo hoog mogelijk te houden. De verschillende methoden zijn interviews, kranten en literatuuronderzoek. Met behulp van deze methoden zijn de algemene theorieën uit de literatuur toegepast op de praktijk. Doordat er sprake is van methodetriangulatie, is er ook sprake van datatriangulatie. De methodetriangulatie zorgt er namelijk voor dat er verschillende data verkregen wordt, namelijk data uit de literatuur en data uit de interviews. De verschillende theorieën gaan over de voor- en nadelen van euthanasie bij psychiatrische patiënten. Achteraf is er in het discussie hoofdstuk een kritische reflectie gegeven op het onderzoek om te kijken of het goed is uitgevoerd en om te toetsen hoe bruikbaar de resultaten zijn. Dit zal mede met de vergelijking van deze studie met andere studies en theorieën, eveneens in het discussie hoofdstuk, leiden tot een verhoogde validiteit. Deze vergelijking is gedaan om te kijken in hoeverre de onderzoeksresultaten passen in de bestaande literatuur. Er is dus zoveel mogelijk gedaan om dit onderzoek valide te krijgen. Dit is echter een kwalitatief, diepte onderzoek en hierdoor zal het onderzoek nooit helemaal valide zijn. Er is namelijk gebruik gemaakt van ervaringen en verhalen van artsen en deze zijn persoonlijk.

De betrouwbaarheid is verhoogd doordat alle begrippen vooraf vastgesteld worden op basis van wetenschappelijke literatuur. Hiermee is de kans op verkeerd gebruik van de begrippen verkleind. Dit betreft het begrip euthanasie, zoals gedefinieerd in de inleiding. Dit verhoogt de betrouwbaarheid, omdat hierdoor het begrip vaststaat en dit verkleint de kans op onsystematische fouten. Zoals hiervoor al besproken zijn er verschillende methoden gebruikt. Dit wordt ook wel methodetriangulatie genoemd en dit verhoogt evenals de betrouwbaarheid van het onderzoek. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek, omdat de kans op toevallige fouten kleiner wordt. De kans op toevallige fouten wordt kleiner doordat feiten met behulp van meerdere methoden geverifieerd worden. Ook is de betrouwbaarheid vergroot door middel van precieze beschrijvingen van alle stappen van het onderzoek en door het uitleggen van alle ideeën die opgedaan worden. Door het ontstaan van dit 'papieren spoor' moet voor de lezer duidelijk worden welke stappen er genomen zijn. Er is dus zoveel mogelijk gedaan om dit onderzoek betrouwbaar te krijgen. Dit is echter een kwalitatief, diepte onderzoek en hierdoor zal het onderzoek nooit helemaal betrouwbaar zijn. Er is namelijk gebruik gemaakt van ervaringen en verhalen van artsen en deze zijn persoonlijk en dus niet bij alle artsen hetzelfde.

3.3 Gebruikte bronnen

Bron:	Tijdslijn:	Zoekwoord(en):
Psychologie Magazine	01-01-2008 ³ t/m 01-01-2012	euthanasie AND psychiatrie
Zorg + Welzijn	01-01-2000 t/m 01-01-2012	euthanasie AND psychiatrie
Zorgvisie	01-01-1970 t/m 01-01-2012	euthanasie AND psychiatrie
Medisch Contact	01-01-1945 t/m 31-12-1990	euthanasie
Medisch Contact	01-01-1991 t/m 01-01-2012	euthanasie AND psychiatrie
Trouw	01-01-1980 t/m 01-01-2012	euthanasie AND psychiatrie
Volkskrant	01-01-1980 t/m 01-01-2012	euthanasie AND psychiatrie
NRC	01-01-1980 t/m 01-01-2012	euthanasie AND psychiatrie
Parool	01-01-1980 t/m 01-01-2012	euthanasie AND psychiatrie
AD	01-01-1980 t/m 01-01-2012	euthanasie AND psychiatrie

³ Er is vanaf jaargang 1 gezocht in het Psychologie Magazine, Zorg & Welzijn en bij Zorgvisie.

4. Ontwikkeling van het euthanasiebeleid in Nederland

De resultaten van het onderzoek worden in de komende twee hoofdstukken geanalyseerd. In dit hoofdstuk wordt de ontwikkeling van het euthanasiebeleid in Nederland geanalyseerd. Hierin zal bekeken worden hoe het politieke, medische en maatschappelijke debat zich ontwikkeld heeft met betrekking tot euthanasie in zijn algemeenheid en bij psychiatrische patiënten.

4.1 Euthanasie als lichtere vorm van doodslag

In 1886 stond in het Wetboek van Strafrecht dat er op euthanasie een gevangenisstraf staat van maximaal 12 jaar. De achterliggende gedachte van het uitdrukkelijk opnemen van euthanasie in het Wetboek van Strafrecht is dat euthanasie moet worden aangemerkt als een lichtere vorm van doodslag. Zelfmoord is op dat moment echter niet strafbaar. Het is in die tijd echter mogelijk om vrijgesproken te worden voor euthanasie, op basis van strafuitsluitingsgronden. De eerste strafuitsluitingsgrond is overmacht. Hiermee wordt bedoeld dat euthanasie niet strafbaar is, indien degene die euthanasie uitvoert hiertoe uit overmacht toe gedwongen wordt. Andere strafuitsluitingsgronden in deze tijd zijn medische exceptie en het ontbreken van de materiele wederrechtelijkheid. Met medische exceptie wordt, volgens de minister destijds, bedoeld dat een daad niet strafbaar is in de geneeskunde, wanneer een arts handelt naar de erkende regels der kunst. Met het ontbreken van de materiele wederrechtelijkheid wordt bedoeld dat iemand niet strafbaar is, als dit is gedaan om een door de wetgever beoogd doel beter te beschermen (Weyers 2002:9).

Tot 1945 komt het onderwerp euthanasie in Nederland nauwelijks ter sprake (Weyers 2002:17). Het was op dat moment geen onderwerp van publiek debat. Ook was er nauwelijks jurisprudentie. Dit blijkt onder andere uit het feit dat er tussen 1886 en 1952 maar vier rechtszaken zijn geweest waarin sprake is van euthanasie (Weyers 2002:17). Dit wil echter niet zeggen dat euthanasie niet toegepast werd. Het is namelijk bekend dat rond het jaar 450 voor Christus euthanasie al werd toegepast. Hier werd echter niet over gesproken (ter Hedde et al. 2003). Het tijdschrift Medisch Contact bestaat pas sinds 1945. Hiervoor bestond dit tijdschrift niet, dus is er niet nagegaan of er toen voor 1945 geschreven werd in de medische professie over euthanasie.

4.2 De invloed van medicalisering op euthanasie

In de periode na de Tweede Wereldoorlog dringen medische overwegingen en medisch handelen dieper door in het leven van de gemeenschap en in het leven van het individu. Dit proces wordt achteraf aangeduid als medicalisering. Ook komt er na de Tweede Wereldoorlog veel wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg tot stand. In deze periode verschijnt er slechts incidenteel een publicatie van artsen over levensbeëindigend

handelen (Weyers 2002:24). In 1950 wordt er voor het eerst door een arts in het Medisch Contact geschreven over euthanasie. Deze arts, dr. Sluyterman, schrijft dat in de maatschappij begint te leven dat dankzij artsen mensen langer kunnen blijven leven. Hierdoor komt er ook een groep mensen op die vinden dat artsen een einde aan het leven moeten mogen maken, euthanasie. Hij is bang voor de consequenties van euthanasie, zoals dat iedereen 'zomaar vermoord' mag worden. Toch geeft hij aan alles te doen om het lijden te verlichten, zelfs als dit uiteindelijk de dood oplevert (MC Sluyterman 1950:201-205⁴). Letterlijk schrijft dr. Sluyterman:

“Met narcotica of op andere passende wijze zal ik de doodstrijd verlichten, desnoods doseringen toepassend boven de maximaal gebruikelijke, maar steeds met als doel het lijden te verzachten” (MC Sluyterman 1950:205).

In 1952 moet een arts zich voor het eerst verantwoorden voor een rechtbank voor het toepassen van euthanasie. In dit geval heeft een arts het leven beëindigd van zijn broer (Weyers 2002:27). De arts heeft aan zijn ongeneeslijke zieke broer medicijnen verstrekt, waarmee de broer een einde maakte aan zijn leven (MC Beek 1952:299). De broer heeft herhaaldelijk gevraagd aan de arts om een einde te maken aan zijn leven. Dit is ook schriftelijk vastgelegd. Hierop oordeelde de rechter dat de arts veroordeeld wordt tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van één jaar (Weyers 2002:28). Het Medisch Contact neemt hierin geen standpunt in. Gesteld wordt dat de arts niet handelde vanuit de hoedanigheid als arts, maar als familie (MC Redactie 1952:288).

In 1953 verschijnt er een ethische gedragslijn waarin staat dat de World Medical Association vindt dat euthanasie onder alle omstandigheden te veroordelen is. Deze ethische gedragslijn gaat over de plichten van een arts in het algemeen, de plichten van een arts ten opzichte van zijn patiënten en de plichten van artsen ten opzichte van collegae (MC Hulst 1953:504-508). Het volgende wat het Medisch Contact publiceert over euthanasie is in 1955. Dan wordt er één hoofdstuk uit de medische ethiek gepubliceerd (MC Anoniem 1955:522). De medische ethiek zijn de ethische grondslagen van het medisch handelen (Stichting Medische Ethiek 2012). Hierin staat dat euthanasie in de zin van een einde aan een leven maken in strijd is met het principe dat het leven heilig is. Euthanasie wordt dan ook ongeoorloofd geacht, omdat het leven heilig is en een onvervreemdbaar recht is. Het toedienen van bedwelmende middelen om pijn te verlichten of te verdoven wordt wel geoorloofd indien er ernstige redenen voor bestaan (MC Anoniem 1955:522).

⁴ De geanalyseerde artikelen uit het Medisch Contact staan in bijlage 2. Deze artikelen zijn te herkennen aan de afkorting MC voor de auteursnaam.

4.3 De invloed van een veranderende medische ethiek op euthanasie

In 1959 rijst de vraag in het Medisch Contact of het nalaten van reanimatie een verkapte manier van euthanasie is. De conclusie van het artikel is dat het stoppen van een eenmaal ingezette behandeling een verkapte vorm van euthanasie lijkt, maar dat het te bediscussiëren valt of dit wel of niet te rechtvaardigen is (MC Kooyman 1959:442). Hierop reageren een arts en een jurist met artikelen waarin zij stellen dat er tot nog toe geen diepgang is bereikt in de discussie over euthanasie, doordat het nog te vaag is wat euthanasie nu precies inhoudt (MC Kooyman 1960:186). Er wordt op dat moment dus discussie gevoerd binnen de medische professie. De algemene tendens blijft dat euthanasie niet is toegestaan. Toch worden er ook enkele artikelen gepubliceerd in het Medisch Contact van artsen die hier anders in staan. Zo vindt bijvoorbeeld dr. Burkens dat er in wezen geen verschil bestaat tussen passief en actief doden. Zijns inziens is er geen plicht voor artsen om het sterfbed actief te verlengen. Hij beredeneert dat in de eed die artsen afleggen niets staat over levens behouden. Hierin staat dat er met eerbied voor het leven gehandeld moet worden. Dit is iets heel anders, volgens dr. Burkens, want iemand in vrede laten overlijden valt hier ook onder (MC de Lange 1964:119). De letterlijke woorden van dr. Burkens hierbij zijn:

“Is het à tout prix in leven houden van de patiënt de enige opgave van de arts? Wel de primaire – de enige echter niet. In abstracto is het te stellen, dat tussen passief en actief doden geen wezenlijk verschil bestaat” (MC de Lange 1964:119).

Burkens visie wordt in 1967 ondersteunt door onderzoeksresultaten die bekend gemaakt worden over euthanasie en abortus. Dit onderzoek is in opdracht van de VARA uitgevoerd door het Hilversumse Instituut voor Toegepast Marktonderzoek “Intomart”. Van alle artsen in dit onderzoek staat 13% positief tegenover euthanasie en 6% vindt het absoluut niet verwerpelijk. Wanneer euthanasie maatschappelijk en rechtelijk aanvaard zou zijn, zou 42% van de artsen in dit onderzoek het in bepaalde gevallen wel toe willen staan (MC Anoniem 1967:749). Hierna komt er een echte discussie op gang in het Medisch Contact. De Stichting Landelijk Orgaan van de Geformeerde Gezindte voor de Bejaardenzorg is de eerste Nederlandse organisatie die haar standpunt omtrent euthanasie onder woorden brengt (Weyers 2002:44-45). De Stichting Landelijk Orgaan van de Gereformeerde Gezindte voor de Bejaardenzorg vindt dat alleen God mag beslissen over leven en dood. De stichting staat lijnrecht tegenover de medici. Medici zeggen dat er van menselijk leven geen sprake meer is als de potentie tot denken niet meer aanwezig is. Zij vinden dat de medicus dan geen plicht heeft om het leven in stand te houden (MC Anoniem 1968:339-340).

Rond 1968 wordt het duidelijk dat er een verandering op zal gaan treden in de manier waarop artsen denken en werken, oftewel een verandering van de medische ethiek. Deze verandering heeft onder andere betrekking op levensbekortend handelen (Weyers 2002:44). Vanaf de jaren zestig wordt het onderwerp euthanasie meer openlijk besproken onder artsen. Er was altijd aan artsen geleerd dat zij er zijn om mensen beter te maken. In de jaren zestig begonnen artsen openlijk te denken dat lijden verlichten ook onder beter maken valt. Onder lijden verlichten verstaan zij ook dat zij uiteindelijk het lijden beëindigen als dit ondraaglijk wordt voor de patiënt (Evrengün 2011). De jaren zestig zijn dus belangrijk geweest, omdat artsen openlijk begonnen te denken dat euthanasie bij hun werk hoort. Dit blijkt ook uit voorgenoemde artikelen in het Medisch Contact.

Seale beschrijft dat de terminale zorg in de jaren zestig de grondbeginselen gelegd heeft voor de huidige zorg. Overlijden zou volgens dit model uit de jaren zestig iets moeten zijn dat emotionele begeleiding, begrip van de dood en psychologische en relationele ontwikkeling moet bevatten. Dit kan in de laatste fase van het leven gekoppeld worden aan medische expertise en verpleegkundige zorg om het lijden te verzachten. Dit zou kunnen verklaren waarom mensen euthanasie willen laten uitvoeren. Degene die euthanasie uit laten voeren, denken dat dit hun dood minder pijnlijk en draaglijker zal maken (Seale 2010). De jaren zestig zijn dus belangrijk geweest, omdat artsen openlijk begonnen te denken dat euthanasie bij hun werk hoort. Tegelijkertijd beginnen patiënten na te denken over een betere en zo pijnloos mogelijke dood. Dit maakt dat het onderwerp euthanasie bespreekbaar wordt onder patiënten en artsen.

4.4 Euthanasie is wellicht te rechtvaardigen, aldus artsen

In 1969 publiceren enkele artsen over euthanasie in enkele tijdschriften, zoals van den Berg, Sproken en Prick, waardoor het proces van rechtsverandering omtrent euthanasie een nieuw tijdperk ingaat. In deze tijd werd euthanasie voornamelijk gezien als het levensbekortend handelen. Deze auteurs schreven dat patiënten recht hebben op een euthanasieverzoek, dat patiënten zeggenschap hebben in hun stervensproces en dat artsen het lijden van patiënten moeten verzachten indien het lijden zo groot wordt dat het ondraaglijk wordt voor de patiënt (Weyers 2002:50). Ook in het Medisch Contact wordt vanaf die tijd meer geschreven over euthanasie. Zo staat in de medische ethiek dat wanneer artsen de behandeling staken, waardoor de klinische dood intreedt, dit geen euthanasie is. Dit omdat de patiënt ook zou overlijden wanneer het middel wel toegediend zou worden (MC Prick 1969:84). Er zijn nog steeds voor- en tegenstanders van euthanasie, maar de voorstanders gaan steeds meer artikelen publiceren. Zo wordt er in 1969 verwezen naar de brochure 'Medische macht en medische ethiek' (Nijkerk 1969) waarin van den Berg laat zien dat de medicus verplicht is om

iemand een dodelijk injectie te geven, wanneer een arts constateert dat het menselijk leven zinloos is geworden of zal worden (MC Sporken 1969:1431). Dit wordt als volgt verwoordt:

“Indien menselijke leven zinloos geworden is of zal zijn, heeft de arts niet alleen het recht om verdere pogingen tot levensverlenging te staken, maar zelfs het recht en de plicht om dit leven te beëindigen door een dodende injectie” (MC Sporken 1969:1431).

Begin jaren zeventig is er veel belangstelling voor medisch-ethische onderwerpen, zoals abortus en euthanasie. Vanaf 1969 worden er vele artikelen gepubliceerd over euthanasie in medische bladen, worden er discussiebijeenkomsten georganiseerd, worden medisch-ethische comités in het leven geroepen en zijn er publicaties voor het bredere publiek (Weyers 2002:55-88). Enkele van deze artikelen over euthanasie zijn hiervoor al benoemd. Hieronder zal verder ingegaan worden op enkele congressen en artikelen. Onder euthanasie wordt in deze tijd vooral actieve euthanasie verstaan. In de periode na 1970 ontstaat er een steeds groter draagvlak voor het idee dat de dood als neveneffect van pijnbestrijding en dat de dood als gevolg van het nalaten van of het stoppen met een behandeling vallen onder het gerechtvaardigd medisch handelen. De vraag is of dit handelen aangeduid moet worden met euthanasie (Weyers 2002:55-88).

Vanaf 1970 gaat de discussie zich richten op het onderscheid tussen passieve en actieve euthanasie. Hierover wordt gezegd ‘dat het verschil tussen actieve en passieve euthanasie soms heel klein is, maar dat er gevoelsmatig een groot verschil tussen zit.’ (MC Sporken 1969:1434). Sporken verklaart dit verschil met behulp van de cultuur. Hierbij wordt aangegeven dat de medische prognose van een patiënt vaak verschilt van de emotioneel geladen menselijke verwachtingen van familieleden. Dit maakt het voor een arts lastig, aldus Sporken, om de beslissing te nemen een leven te beëindigen (MC Sporken 1969:1434).

In 1971 is er een congres voor juristen en artsen, waar zij zich samen hebben gebogen over actuele vraagstukken, zoals euthanasie. Hieruit is gekomen dat artsen geen leven in stand hoeven te houden van patiënten die nooit meer bij bewustzijn zullen zijn en van degene die geestelijk of lichamelijk zeer beschadigt uit de behandeling zouden komen. De artsen en juristen bij dit congres willen dat dit wel altijd op verzoek van de patiënt of van de familieleden gaat (MC Congres te Nijmegen 1971:549). In het Medisch Contact blijven echter voor- en tegenstanders aan het woord. Opvallend is dat er ook een aantal gelovigen zijn die aangeven voorstander te zijn van euthanasie. Zo heeft de Raad van Hervormde Kerk in 1972 een rapport uitgebracht met betrekking tot euthanasie. Passieve euthanasie wordt hierin toegestaan, wanneer er geen uitzicht is op verbetering van de patiënt (MC Anoniem 1972:198).

In 1973 wordt een geheel nummer van het Medisch Contact gewijd aan euthanasie. Hieruit blijkt dat de KNMG van mening is dat euthanasie een middel kan zijn bij stervenshulp (MC Redactie 1973:35). Ook wordt er in 1973 een interim-advies euthanasie-rapport door de Commissie Medische Ethiek Gezondheidsraad uitgebracht. Actieve euthanasie zou, volgens de commissie van de Gezondheidsraad, strafbaar moeten blijven. Voor passieve euthanasie hoeven geen nieuwe wetten te komen, vindt de commissie, omdat het al gedoogd wordt. Er wordt in het rapport niet gesproken over psychiatrische patiënten, maar wel wordt gesteld dat in situaties waar de patiënt wilsonbekwaam is de familieleden en de arts een grote verantwoordelijkheid hebben. De arts zal bij wilsonbekwame patiënten moeten handelen naar beste weten en kunnen en hieronder kan ook passieve euthanasie vallen, aldus de commissie van de Gezondheidsraad (MC Commissie Medische Ethiek Gezondheidsraad 1973:283-286).

4.5 De zaak Postma

Jurisprudentie speelt een belangrijke rol in (de ontwikkeling van) het euthanasiedebat. In 1973 is er een veelbesproken proces van een huisarts die een familielid geholpen heeft om een einde te maken aan het leven: de zaak Postma (Evrengün 2011). In 1971 besloot het huisartsenpaar Postma om euthanasie toe te passen op de moeder van mevrouw Postma. Zij had hier zelf uitdrukkelijk om gevraagd. Mevrouw Postma krijgt een week voorwaardelijke straf. In dit vonnis door de rechtbank worden er voor het eerst eisen genoemd waaraan een eventueel te rechtvaardigen levensbekortend handelen moet voldoen. De voorwaarden voor euthanasie zijn: een ongeneeslijke ziekte, ondraaglijk lijden van de patiënt, een verklaring van de patiënt het leven te willen beëindigen en de ingreep moet gedaan worden door een arts. In het vonnis van de rechtbank wordt ook genoemd dat het ingetreden zijn van de stervensfase geen voorwaarde is voor euthanasie. Daarnaast is het optreden van de geneeskundig inspecteur als getuige-deskundige van groot belang geweest. Naar aanleiding van dit proces beginnen zich voor- en tegenstanders te organiseren van euthanasie (Looijenga 2001).

Ook het Medisch Contact bericht over deze rechtszaak. Op 30 maart 1973 wordt geschreven dat het vonnis in Leeuwarden omtrent passieve euthanasie is uitgesproken. Er is beslist dat passieve euthanasie ook mag bij niet-terminale patiënten, onder andere bij geestelijk zieke patiënten (MC Anoniem 1973:373). Hieruit blijkt dus dat al in 1973 de weg wordt vrijgemaakt voor psychiatrische patiënten die hulp bij zelfdoding willen. Dit wordt echter meteen afgedaan door een werkgroep van de KNMG. De KNMG schrijft in een verslag namelijk dat dat een patiënt terminaal ziek moet zijn, voordat euthanasie overwogen mag worden. Ook

vinden zij dat de wet zoals die bestaat gehandhaafd moet worden. Passieve euthanasie mag wel, en actieve euthanasie eigenlijk niet, aldus de KNMG (MC Leuftink 1973:587). Hieruit blijkt dat er nog vele tegenstrijdigheden zitten in de wet, de rechtspraak, de maatschappelijke opinie en de richtlijnen van de medische professie. Hierop komen dan ook enkele reacties. Zo stuurt een arts een brief op waarin hij schrijft dat hij het achterhaald vindt dat de KNMG achter de Gezondheidsraad staat, terwijl de rechtbank al heeft gezegd dat een patiënt niet terminaal hoeft te zijn voor het toepassen van euthanasie (MC Sanders 1973:714-715). Wellicht dat dit een van de redenen is dat de KNMG in 1975 niet met een oordeel komt naar aanleiding van de discussienota van de Werkgroep Euthanasie. De Werkgroep Euthanasie is opgericht in opdracht van het hoofdbestuur van de KNMG (MC Redactie 1975:3). De Werkgroep Euthanasie schrijft hierin dat het verantwoord is om over te gaan tot euthanasie als er geen andere mogelijkheden meer zijn en wanneer er overleg is geweest met collega's. De KNMG reageert hierop door te verklaren dat zij geen oordeel naar buiten brengen, omdat alle artsen verschillende meningen hebben over euthanasie. Wel verklaren zij informatie en literatuur te willen verschaffen aan artsen die euthanasie willen uitvoeren (MC Werkgroep Euthanasie 1975:7).

De zaak Postma lijkt een gevoelige snaar te raken in de maatschappij. Dit heeft te maken met een aantal ontwikkelingen, zoals patiënten die mondiger worden en jeugd die openheid wil over taboeonderwerpen. Kort na dit proces in 1973 wordt de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE) opgericht (Evrengün 2011). De NVVE is opgericht naar aanleiding van de zaak Postma. De doelstelling van de NVVE was destijds legalisering van euthanasie (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012). Dit blijkt uit het volgende citaat:

“In 1973 is de NVVE opgericht naar aanleiding van een huisarts, Postma, die haar moeder heeft helpen sterven en toen gevangen gezet werd. Haar patiënten kwamen in opstand en dat spreidde zich heel snel uit over Nederland. En toen werd de doelstelling van de NVVE legalisering van euthanasie” (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012).

4.6 Verschuivende opinie in de euthanasiediscussie

Nu de heersende opinie lijkt te zijn dat passieve euthanasie aanvaardbaar is bij terminale patiënten, begint de discussie te verschuiven naar euthanasie bij pasgeborenen (MC Redactie 1975:123)(MC IJsselmuiden 1975:129)(MC van Zeben 1975:153). Hierop wordt in 1975 een advies uitgebracht door de Commissie Medische Ethiek van de Gezondheidsraad. Zij vinden dat passieve euthanasie bij pasgeborenen soms te rechtvaardigen is, maar dat dit

niet bij wet geregeld hoeft te worden. Actieve euthanasie bij pasgeborenen is altijd strafbaar, volgens de commissie (MC Anoniem 1975:1466).

In 1976 wordt een onderzoek uitgevoerd onder de maatschappij. In het rapport van het Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en Marktonderzoek staat dat 66% van de ondervraagden vindt dat artsen euthanasie moeten toepassen, indien daarom gevraagd wordt. Van de ondervraagden vindt 61% dat er een wettelijke regeling moet komen voor euthanasie (MC van Till-d'Aulnis de Bourouill 1976:1558). Ruim zestig procent van de bevolking is dus in 1976 voor euthanasie, wanneer de patiënt ongeneeslijk ziek is en hier uitdrukkelijk om gevraagd heeft (Looijenga 2001:81). Dit verklaart wellicht waarom er ook meer gevallen bekend gemaakt worden waarin sprake is van euthanasie. Daarnaast blijkt dat politieke partijen ook een duidelijk standpunt hebben over euthanasie. Zo zijn de Christen – Democratisch Appèl (CDA) en de Staatkundig Gereformeerde Partij (SGP) tegen euthanasie. De Democratisch Socialisten '70 (DS'70) vindt dat er een regeling tot stand moet komen voor euthanasie, maar ieder partijlid staat anders tegenover euthanasie (MC Anoniem 1977:627-633).

Tussen 1978 en 1980 zijn er vier rechtszaken bekend van mensen die een einde aan hun leven hebben gemaakt met hulp van anderen. De laatste zaak, de zaak Wertheim, zal van grote betekenis blijken voor de formulering van zorgvuldigheidseisen voor hulp bij zelfdoding en voor het vervolgingsbeleid ten aanzien van euthanasie (Weyers 2002:106-107). In de zaak Wertheim helpt een activiste van de NVVE een vrouw van 76 jaar om een einde te maken aan haar leven. Zij krijgt een voorwaardelijke gevangenisstraf opgelegd van zes maanden. Vanaf deze rechtszaak zal het argument van de zelfbeschikking een belangrijke rol spelen in het veranderingsproces. De rechtbanken zijn er expliciet in dat er het ingetreden zijn van de stervensfase geen vereiste is bij euthanasie. Er kan namelijk ook sprake zijn van psychisch lijden (Hoogerkamp 1992). De rechtbank formuleert de eis als volgt: “er is sprake van lichamelijk of psychisch lijden dat door de persoon zelf wordt ervaren als ondraaglijk” (Hoogerkamp 1992:19). In de uitspraak van de zaak Wertheim worden voorwaarden aangegeven waaronder hulp bij zelfdoding niet leidt tot een veroordeling. De voorwaarden zijn: er moet sprake zijn van ondraaglijk lichamelijk en/of geestelijk lijden dat duurzaam van aard is en van een duurzaam verlangen naar de dood, het moet gaan om een vrijwillig besluit, het besluit moet zijn genomen in goed besef van de situatie alsmede van alternatieve mogelijkheden, er is geen andere oplossing, aan anderen dient dood de dood geen onnodig leed te worden berokkend, de beslissing mag niet door één persoon alleen genomen worden en bij de beslissing dient een arts te worden betrokken die ook de middelen dient voor te schrijven (MC Anoniem1981:1535). Rechtszaken en jurisprudentie hebben een belangrijke

invloed gehad op het publieke debat rondom euthanasie. Ook heeft het geleid tot meer druk op politieke organen om verandering te brengen in het beleid.

4.7 Advies van de Gezondheidsraad over euthanasie

In 1978 dienen zes leden van zes verschillende politieke partijen een motie in met betrekking tot het euthanasie vraagstuk. Hierin verzochten zij de regering om een staatscommissie in te stellen ter advisering over toekomstig overheidsbeleid inzake euthanasie (Hoogerkamp 1992). Er wordt dan echter nog niet gesproken over euthanasie bij wilsonbekwame patiënten, zoals in de psychiatrie (Weyers 2002:97-99). Het werd in deze jaren steeds duidelijker dat er een verschil bestond tussen de wettelijke norm en de euthanasiepraktijk (Hoogerkamp 1992). Volgend op de maatschappelijke discussies die hierdoor ontstonden, komen rond 1980 de meeste politieke partijen met een nieuwe standpuntbepaling. Er zal dan echter nog geen wettelijke regeling of richtlijn komen voor euthanasie. Het CDA bespreekt euthanasie alleen met betrekking tot patiënten die zich reeds in de stervensfase bevinden. Het CDA vindt dat levensbekortend handelen door middel van passieve euthanasie onder bepaalde voorwaarden uitgevoerd mag worden. Zij zien actieve euthanasie als een strafbaar feit. De Politieke Partij Radicalen (PPR), de Partij van de Arbeid (PvdA) en de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD) vinden het belangrijk dat het verzoek tot euthanasie komt vanuit de patiënt. Ook vinden zij allen een belangrijk punt dat alleen artsen euthanasie mogen uitvoeren. Zij vinden dat er een wetwijziging moet plaatsvinden, maar willen het rapport van de staatscommissie afwachten voordat zij een echt oordeel vellen over euthanasie (Weyers 2002:97-99). In 1981 willen de Democraten '66 (D'66), PPR, PSP en PvdA dat er een wetwijziging komt omtrent euthanasie. Het CDA, het Gereformeerd Politiek Verbond (GPV) en de Rooms Katholieke Partij Nederland (RKPN) zijn dan nog steeds tegen euthanasie en willen dus dat de wet gehandhaafd blijft (MC Anoniem 1981:633-637).

In 1982 presenteerde de voorzitter van de Gezondheidsraad een advies over euthanasie. De Gezondheidsraad was om advies gevraagd door de staatssecretaris naar aanleiding van de motie die ingediend was door de verschillende leden van de verschillende politieke partijen. Zij verstaan onder euthanasie het opzettelijk beëindigen of het verkorten van het leven op verzoek en/of in het belang van de betrokkene (Hoogerkamp 1992). Hierbij maken zij een onderscheid tussen een opzettelijk levensbeëindigend of levensbekortend handelen en een opzettelijk nalaten van een levensverlengend handelen. Ook wordt hierin beschreven dat het ingetreden zijn van de stervensfase geen vereiste is voor het inwilligen van een euthanasieverzoek. Daarnaast spreken zij ook over euthanasie uitvoeren in het belang van de patiënt, bijvoorbeeld bij comapatiënten, pasgeborenen of psychiatrische patiënten (Weyers 2002:141). Het advies van de Gezondheidsraad bevat de bouwstenen voor de in

1982 ingestelde Staatscommissie Euthanasie. In de publicaties komt meer aandacht dan voorheen voor praktische zaken rondom euthanasie (Weyers 2002:141).

De toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, meneer Hendriks, heeft een werkgroep ingesteld in 1975 welke een rapport uit heeft gebracht over de rechtspositie van in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten. De voorzitter van deze werkgroep was professor dokter van Dijk. De werkgroep telde in totaal 14 leden (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1975). In het eindrapport van de Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen, dat in 1980 is gepubliceerd, staat dat actieve hulp bij zelfdoding door de werkgroep wordt afgewezen. Dit komt omdat zij niet tot overeenstemming konden komen over de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Een meerderheid van de werkgroep vond dat hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten niet mag (MC Offerhaus 1980:150-151).

In 1980 wordt daarnaast een discussienota gepubliceerd door de Stichting Vrijwillige Euthanasie. Zij willen hiermee euthanasie uit de taboesfeer halen en stellen een aantal vragen die zij in de discussies beantwoord willen zien worden (MC Anoniem 1980:847). Daarnaast heeft de Vereniging voor Vrijwillig Euthanasie in 1980 een brochure onder artsen verspreid, genaamd 'verantwoorde euthanasie'. Dit zodat artsen weten hoe ze op een verantwoorde manier euthanasie kunnen uitvoeren (MC Anoniem 1980:1331). In 1981 geeft een arts van de NVVE een aantal handvaten voor artsen aan de hand van de euthanasiepraktijk (MC Rombach 1981 pag. 1539-1540).

In 1983 staat er weer een artikel in het Medisch Contact wat gaat over euthanasie in de psychiatrie. Hierin staat dat euthanasie en hulp bij zelfdoding veelbesproken onderwerpen zijn in psychiatrische ziekenhuizen. Het is een tweedelig artikel van een zenuwarts in een Psychiatrisch Ziekenhuis. Hij vindt dat euthanasie mogelijk moet zijn bij psychiatrische patiënten, onder bepaalde voorwaarden. Zoals het altijd consulteren van anderen. Hierbij denkt hij aan een speciale commissie die euthanasie vooraf toetst (MC Ree 1983:749-753). De arts vindt niet dat de wet veranderd moet worden, want hij vindt dat er nu al genoeg mogelijkheden zijn voor euthanasie bij psychiatrische patiënten (MC Ree 1983:796-797).

4.8 Wetsvoorstellen in 1984 en 1986

In 1984 dient de D'66 een initiatiefwetsvoorstel in. Het initiatiefwetsvoorstel van de D'66 moet euthanasie door een arts niet langer strafbaar laten zijn, wanneer de arts bepaalde zorgvuldigheidseisen in acht neemt (Weyers 2002:143). In het initiatiefwetsvoorstel staat dat het doden van iemand op verzoek en hulp bij zelfdoding in beginsel strafbaar moeten blijven,

maar dat dit onder bepaalde omstandigheden wel toelaatbaar is en dus niet moet leiden tot strafvervolging (MC Anoniem 1984:532). Dit voorstel zal bijna twintig jaar op de politieke agenda blijven staan. Dit initiatiefwetsvoorstel kent als zwakke plek, dat wanneer aan één van de zorgvuldigheidseisen niet is voldaan, de strafwaardigheid niet is opgeheven (Weyers 2002:184). Dit initiatiefwetsvoorstel richtte zich op het plegen van euthanasie op verzoek van de patiënt onder strikte voorwaarden. Het regelde dus niets met betrekking tot comapatiënten, pasgeborenen of psychiatrische patiënten. Dit omdat de D'66 meende dat er bij deze groepen niet gesproken kon worden over euthanasie, maar alleen over het staken van medisch zinloos handelen en dit viel buiten dit wetsvoorstel. Zij sloten hiermee het levensbekortend handelen bij wilsonbekwame patiënten dus niet uit (Hoogerkamp 1992).

De Stichting Vrijwillige Euthanasie, welke in 1973 is opgericht, wordt opgeheven in 1985 omdat zij vinden dat zij hun doelen bereikt hebben of dat deze door andere instanties en organisaties bereikt kunnen worden (MC Anoniem 1985:477).

De Hoge Raad heeft in 1985 een juridische uitweg gewezen in het probleem rondom euthanasie, namelijk de strafuitsluitingsgrond van noodtoestand. De Staatscommissie Euthanasie maakt drie punten. Het eerste punt maakt duidelijk dat er consensus bestaat over welke levensbekortende handelingen controversieel zijn en welke niet. Het tweede punt maakt duidelijk dat er een verandering moest komen van het wetsartikel over euthanasie. Tot slot is dit een gezaghebbend orgaan dat nu duidelijk maakt dat een wetsverandering noodzakelijk is. Al deze veranderingen samen maken dat er een flinke politieke druk ontstaat om euthanasie wettelijk te legaliseren (Weyers 2002:185). De Staatscommissie Euthanasie stelt in haar eindrapport in 1985 voor om levensbeëindigend handelen bij patiënten die het bewustzijn hebben verloren in bepaalde gevallen mogelijk te maken. Dit maakte dat het begrip 'op diens verzoek' in een nieuw licht kwam te staan (Hoogerkamp 1992). De meerderheid van de Staatscommissie Euthanasie vindt dat euthanasie in bepaalde omstandigheden en onder bepaalde voorwaarden straffeloos moet zijn. Eén heel nummer van Medisch Contact gaat over euthanasie in 1985, omdat de Staatscommissie Euthanasie haar eindrapport af heeft (MC Anoniem 1985:1049).

4.9 Standpunt van de KNMG

In 1984 is er een verandering gekomen in het standpunt van de KNMG. Zij hebben toen erkent dat er situaties zijn waarbij euthanasie onoverkoombaar is (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012). Daarnaast heeft de KNMG in 1985 richtlijnen opgesteld, die wellicht als algemene gedragslijn kunnen functioneren voor artsen (MC Anoniem 1985:1052). De KNMG (MC Anoniem 1985:1052) hebben deze richtlijnen

opgesteld, omdat “euthanasie zo volop in de aandacht staat en de KNMG daarover regelmatig door artsen en patiënten wordt benaderd”. In deze richtlijnen staan de zorgvuldigheidseisen nader uitgewerkt (MC Anoniem 1985:1052). Het standpunt van de KNMG is dat de medische professie de plicht heeft om een maatschappelijk aanvaardbare regeling mogelijk te maken voor euthanasie. De KNMG heeft met deze uitspraak de weg vrijgemaakt voor rechtsverandering (Evrengün 2011). De richtlijnen van de KNMG worden in 1994 en in 1998 herzien op basis van ervaringen van artsen (Groenewoud et al. 2000). De richtlijn was belangrijk voor artsen, omdat zij hiermee de erkenning kregen dat euthanasie deel uitmaakt van het medisch handelen. Daarbij wist de maatschappij nu dat artsen euthanasie mogen uitvoeren (Evrengün 2011). Met deze stellingname en het formuleren van bepaalde zorgvuldigheidseisen in de richtlijn heeft de KNMG, aldus de beleidsadviseur van de KNMG, de eerste bouwsteen gelegd voor acceptatie van artsen van euthanasie (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012). Seale geeft in haar onderzoek aan dat het cruciaal is voor het beleid dat de medische beroepsgroep achter de plannen staat (Seale 2010:219). Dat de KNMG de richtlijnen voor euthanasie opstelde, heeft dus een belangrijke rol gespeeld in de acceptatie van euthanasie. Daarnaast hebben de richtlijnen van de KNMG een belangrijke rol gespeeld in de opstelling van het beleid rondom euthanasie. De acceptatie van euthanasie in de maatschappij lijkt een samenspel te zijn van jurisprudentie, de medische professie en beleid.

De KNMG heeft in 1985 een commissie ingesteld die een standpunt moest voorbereiden ten aanzien van euthanasie bij wilsonbekwame patiënten. Deze commissie werd ingesteld naar aanleiding van het initiatiefwetsvoorstel van de D'66. In deze periode wordt er met name veel gesproken over ernstig gehandicapte pasgeborenen en mensen met psychisch lijden zonder herkenbare somatische basis. Voor de eerste groep wordt een standpunt ontwikkeld door de commissie en door de beroepsgroep van psychiaters. Hierin staat dat, onder bepaalde omstandigheden, het besluit van de arts om een einde te maken aan het leven van de ernstig gehandicapte pasgeborenen, gerechtvaardigd kan worden. Ten aanzien van mensen die psychisch lijden spelen drie problemen, volgens de discussies. Het eerste probleem is of deze mensen het vermogen om een weloverwogen beslissing te maken per definitie ontzegd moet worden. Het tweede probleem is of hulp bij zelfdoding gegeven mag worden aan mensen die niet in een terminale fase verkeren. En tot slot is er het probleem of mensen waarvan het lijden geen somatische basis heeft in aanmerking komen voor hulp bij zelfdoding. Over het algemeen wordt er in deze jaren vanuit gegaan dat patiënten waarbij het lijden niet somatisch is, alleen in aanmerking komen voor hulp bij zelfdoding en niet voor euthanasie. Onder andere de NVVE ziet euthanasie op dat moment als levensbeëindiging bij

mensen met een groot somatisch lijden en ziet hulp bij zelfdoding als levensbeëindiging van mensen met een groot psychisch lijden (Weyers 2002:287).

In 1986 komt het kabinet met een nieuw wetsvoorstel. Het kabinet Lubbers komt met een eigen wetsvoorstel als tegenhanger van het voorstel van D'66. In dit wetsvoorstel wordt het beginsel van euthanasie op verzoek beperkt. Euthanasie zou onder dit wetsvoorstel alleen uitgevoerd mogen worden als een patiënt niet lang meer te leven heeft en er geen verdere behandeling mogelijk is. Om tot een compromis te komen tussen deze twee wetsvoorstellen, komen de VVD en het CDA met het compromis om beide voorstellen voor te leggen aan de Raad van State voor advisering. De Raad van State vindt dat euthanasie onder bepaalde omstandigheden toelaatbaar is, maar zij vinden het te vroeg om dit wettelijk te regelen (Looijenga 2001). Hieruit wordt duidelijk dat het vraagstuk euthanasie nog een lange politieke weg te gaan heeft. Daarentegen ronden de arresten van de Hoge Raad in 1987 een paar losse eindjes af ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen, deze zullen in de volgende paragraaf behandeld worden (Weyers 2002:229-230).

4.10 Euthanasie is te rechtvaardigen onder bepaalde voorwaarden

In de periode 1984-1988 heeft de rechtsverandering met betrekking tot euthanasie haar vorm gekregen. Het arrest van de Hoge Raad en de bevestigingen van dit arrest in de daarop volgende vonnissen en arresten maken duidelijk dat euthanasie te rechtvaardigen is wanneer het onder bepaalde voorwaarden wordt toegepast. Op dat moment is euthanasie volgens de wet strafbaar. Rechtspraak heeft echter duidelijk gemaakt dat deze wet verouderd is en dat euthanasie niet langer strafbaar is in Nederland (Weyers 2002:229-230). De Hoge Raad kiest hier namelijk de weg van een politiek compromis: euthanasie blijft verboden in het Wetboek van Strafrecht, maar kan worden gerechtvaardigd. Wanneer een arts aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan heeft, zal deze arts niet vervolgd worden (van der Heide et al. 2007). Dit compromis blijft tot de wetwijziging van 2002 van stand (Weyers 2002:230).

Vanaf 1986 tot en met 1990 worden vele argumenten vaak herhaald in het Medisch Contact. Het lijkt wel alsof alle argumenten al eens zijn gepasseerd, en dat iedere jurist, arts en ethicus daar nu een stukje over wil schrijven. Er worden in het Medisch Contact dan ook veel casussen beschreven (MC Feber 1987:199-202). Ook de KNMG blijft hun standpunt herhalen, zonder weinig nieuwe toevoegingen. Daarnaast worden er steeds meer praktische handreikingen gegeven aan artsen en verpleegkundigen hoe zij in de praktijk om moeten gaan met euthanasieverzoeken, hoe ze het kunnen uitvoeren en wanneer euthanasie wel en

niet zou mogen volgens de verschillende denkwijzen (MC o.a. Sluis 1987:467-468)(MC o.a. Iwema Bakker 1990:1396).

Vanaf begin jaren 90 zijn er door verschillende organisaties en verenigingen standpunten verwoord over de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. De Commissie Ethiek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft in 1991 voorwaarden geformuleerd. In deze voorwaarden staat dat hulp bij zelfdoding ook in overweging dient te worden genomen bij psychiatrische patiënten (NVvP 2009). De Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) van de KNMG heeft voorwaarden geformuleerd in 1993. Zij zien ruimte voor hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Ook de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) heeft zich sterk gemaakt voor hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten. Zij hebben een ruimere aanvaardbaarheid van euthanasie bij psychiatrische patiënten dan de CAL en de NVvP (NVvP 2004). De CAL is van mening dat levensbekortend handelen gerechtvaardigd is, als doorbehandelen leidt tot een onaanvaardbare situatie. Ook worden er door de CAL zorgvuldigheidseisen vastgesteld (Weyers 2002:287). De NVvP heeft in 1993 het standpunt geuit dat dat euthanasie mag bij psychiatrische patiënten, wanneer aan bepaalde voorwaarden is voldaan (Vermeulen 1993). De commissie die voor de NVvP aanbevelingen heeft opgesteld over het levensbeëindigend handelen, vindt dat wanneer een patiënt niet meewerkt aan zijn behandeling, de arts niet mag ingaan op de vraag om hulp bij zelfdoding (Cotterell 1993).

4.11 Jurisprudentie over euthanasie bij een psychiatrische patiënt in de jaren 90

Op 29 maart 1990 is er een uitspraak gedaan door het Centraal Medisch Tuchtcollege inzake hulp bij zelfdoding bij een psychiatrische patiënt. De psychiater had in de gegeven omstandigheden geen medewerking mogen verlenen, maar krijgt ook geen maatregel opgelegd. Dit roept dus onduidelijkheid op (MC Kastelein & Spreeuwenberg 1990:1313).

In 1991 is de minister van Justitie overeengekomen dat de meldingsprocedure na euthanasie of hulp bij zelfdoding alleen betrekking heeft op somatische patiënten. Een geestelijke handicap of een psychische ziekte als zodanig zou voor een arts dus geen aanleiding kunnen zijn tot het toepassen van euthanasie of hulp bij zelfdoding, aldus de minister van Justitie (MC Spreeuwenberg 1991:771).

Een psychiater heeft hulp verleend bij zelfdoding aan een psychiatrische patiënte. De rechtbank oordeelde op 23 juni 1992 dat er sprake was van duurzaam ondraaglijk lijden,

zonder zicht op genezing of herstel. Daarnaast oordeelde de rechtbank dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen was (MC Anoniem 1992:1429).

Uit bovenstaande casussen blijkt dat er nog veel onduidelijkheid is omtrent euthanasie bij psychiatrische patiënten. De minister van Justitie vindt dat het niet mag, terwijl de rechtbank oordeelt dat het wel mag. Daarnaast doet het Centraal Medisch Tuchtcollege een dubbelzinnige uitspraak, door hulp bij zelfdoding te verbieden maar geen strafregel op te leggen.

Om duidelijkheid te scheppen heeft de NVvP een aantal uitgangspunten en aanbevelingen geschreven voor een verzoek om hulp bij zelfdoding in december 1991. Hieruit blijkt dat ook een verzoek van een psychiatrische patiënt om hulp bij zelfdoding in overweging genomen dient te worden (MC Anoniem 1992:1537). De regering oordeelt in 1993 dat in alle gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding de meldingsprocedure gevolgd dient te worden, dit terwijl ze in 1991 nog vonden dat euthanasie bij psychiatrische patiënten niet gerechtvaardigd kon worden. Daarnaast verscheen het rapport van de werkgroep van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in 1993, waarin stond dat een arts in bepaalde gevallen kan en mag besluiten om hulp bij zelfdoding te verlenen aan psychiatrische patiënten (MC Anoniem 1993:205). Om dit aan alle artsen duidelijk te maken, hebben alle artsen een brief gehad dat euthanasie eventueel ook toegepast mag worden bij psychiatrische patiënten. De juridische normen over deze kwestie zijn dan echter nog niet volledig uitgekristalliseerd. Dit blijkt uit het feit dat een arts zich voor de rechter zal moeten verantwoorden, wanneer hij is ingegaan op een verzoek om hulp bij zelfdoding van een psychiatrische patiënt (MC Secretariaat KNMG 1993:341).

Een arrest van het gerechtshof in 1993 onderstreept dat wanneer aan de geldende zorgvuldigheidseisen is voldaan, hulp bij zelfdoding van een psychiatrische patiënt geoorloofd kan zijn. Dit komt overeen met het standpunt van de NVvP uit 1992 dat hulp bij zelfdoding niet principieel anders is binnen de psychiatrie dan erbuiten. Opvallend in het arrest is dat niet aangenomen kan worden dat alle psychiatrische patiënten wilsonbekwaam zijn. Voorheen werd namelijk gedacht dat alle psychiatrische patiënten wilsonbekwaam zijn (MC Spreeuwenberg & Legemaate 1993:1377).

In 1993 is een geheel nummer van het Medisch Contact gewijd aan de discussienota 'hulp bij zelfdoding bij psychiatrisch patiënten' van de KNMG, Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (MC Leenen 1993:1463). In de discussienota staat dat bij psychiatrische patiënten eerst bekeken moet worden of de vraag om hulp bij zelfdoding

voortkomt uit het ziektebeeld of dat het een echte wens tot zelfdoding is. Er zijn omstandigheden waarin hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten kan worden overwogen. De eis van wilsbekwaamheid hoeft niet doorslaggevend te zijn bij psychiatrische patiënten. Wanneer er geen behandelingsperspectief meer is, de patiënt ernstig en onafwendbaar lijdt en de patiënt zijn dood uitdrukkelijk en herhaaldelijk wenst, is de wilsbekwaamheid niet meer doorslaggevend. Wel moet de patiënt in alle gevallen een duidelijk besef hebben van de aard van zijn of haar situatie, moet hij feitelijk begrijpen wat er aan de hand is en wat de consequenties van de eigen keuze zijn (MC Dillman 1993:1470-1474). Dit is ook waar 'de moeders' hedendaags op wijzen. Zij vinden dat de meeste psychiatrische patiënten goed in staat zijn om zelf beslissingen te nemen. Dit blijkt volgens haar ook uit het feit dat patiënten van artsen zelf moeten beslissen of ze meewerken aan een behandeling. Hieruit volgt volgens 'de moeders' dat zij ook zelf kunnen beslissen of ze dood willen (Interview met 'de moeders' 2012). Toch komt in ditzelfde nummer van het Medisch Contact naar voren dat nog niet alle artsen vinden dat psychiatrische patiënten hulp bij zelfdoding moeten kunnen krijgen (MC Pranger 1993:1500).

De lijst met aandachtspunten dat de arts aan de gemeentelijk lijkschouwer moet overleggen is veranderd in 1994. Nieuw zijn de aparte hoofdstukken voor euthanasie bij somatische patiënten en euthanasie bij psychiatrische patiënten. Wanneer er sprake is van hulp bij zelfdoding van een psychiatrische patiënt, dient er rekening te worden gehouden met vervolging (MC 29 april 1994 pag. 581). Dit maakt dat hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënt weer in twijfel getrokken wordt. Het blijkt dat iedere keer wanneer er meer duidelijkheid lijkt te zijn, er weer iets gebeurd wat voor onduidelijkheid zorgt. Hieruit blijkt wel dat de meningen over euthanasie bij psychiatrische patiënten erg verdeeld is.

De Hoge Raad heeft in 1994 uitspraak gedaan in de zaak Chabot. De rechter stelde dat somatische lijden niet noodzakelijkerwijs de oorzaak hoeft te zijn bij euthanasie. Daarnaast is het ingetreden zijn van de stervensfase ook niet noodzakelijk. Ook werd bevestigd dat aan de stervenswens van psychiatrische patiënten een autonome wilsbepaling ten grondslag kan liggen. Wanneer er een reëel behandelplan is voor een patiënt, lijdt deze in beginsel niet uitzichtloos. Tot slot staat nu vast dat bij psychiatrische patiënten strenge eisen worden gesteld aan de consultatie (MC Kastelein & Spreeuwenberg 1994:916). Naar aanleiding van de zaak Chabot komen er verschillende meningen naar voren in kranten. Hieruit blijkt dat de meningen verdeeld zijn (NRC Handelsblad 21-05-1994)(Schipper 11-06-1994)(Trouw 23-06-1994).

In 1994 wordt er geschreven in de Trouw dat hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten uit de taboesfeer raakt. Als reden hiervoor wordt de zaak Chabot gegeven (Strasser 03-11-1994). De zaak Chabot komt in 1995 bij het medisch tuchtcollege. Hier blijkt dat psychiaters het oneens zijn over essentiële vragen die zich voordoen bij het verlenen van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten (op den Brouw 18-01-1995)(Cotterell 18-01-1995) (van Dantzig et al. 29-04-1995).

Nederlandse artsen ontvingen vele verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding in 1993. Daarvan werd 30% gehonoreerd. Bij de wel ingewilligde verzoeken leed 1% aan psychische stoornissen. Bij de niet ingewilligde verzoeken was dit 14%. Volgens het onderzoek wegen artsen de aanwezigheid van uitsluitend psychisch lijden zeer verschillend. Artsen leggen hun grenzen verschillend op principiële vlak en op emotionele en praktische gronden, volgens de onderzoekers (MC van der Wal et al. 1994:1240-1242). Ook uit de interviews met artsen blijkt dat alle artsen andere persoonlijke grenzen hebben met betrekking tot euthanasie. In paragraaf 5.3 wordt hier verder op ingegaan.

In 1994 is er een rechtszaak geweest over een psychiater die een 50-jarige vrouw had geholpen bij zelfmoord. Deze vrouw wilde een einde maken aan haar leven nadat ze haar twee zoons had verloren. Ze had een psychische ziekte, maar was niet terminaal ziek. De psychiater is schuldig bevonden aan het helpen bij zelfmoord, maar heeft geen straf opgelegd gekregen. De rechtbank oordeelde dat ook ondraaglijk geestelijk lijden in uitzonderlijke gevallen hulp bij zelfdoding door een arts rechtvaardigt, zelfs als er geen andere medische aandoening is. De rechtbank oordeelde dat de mate van lijden in plaats van de oorzaak van het lijden beslissend moet zijn (Groenewoud et al. 1997).

Uit alle bovenstaande jurisprudentie blijkt dat in de jaren 90 euthanasie bij psychiatrische patiënten door de rechtbank mogelijk acht, wanneer bepaalde zorgvuldigheidseisen in acht worden genomen.

4.12 De euthanasiepraktijk tussen 1991 en 1995

In Nederland komt in 1991 passieve en actieve euthanasie voor bij psychiatrische patiënten. Er is niet bekend gemaakt om hoeveel patiënten het per jaar gaat, maar er wordt gesproken over 'een relatief groot aantal per jaar'. Dit bericht komt naar aanleiding van een rapport van de Commissie Hulp bij Zelfdodingsvragen (onderdeel van de NVVE), waarin gepleit wordt voor een grotere openheid over het aantal psychiatrische patiënten dat per jaar zelfdoding overweegt. De commissie wil dat artsen die deze patiënten helpen, ervan verzekerd worden dat zij niet vervolgd worden (Nolen 24-06-1991). De Commissie Remmelink heeft in 1991

een rapport uitgebracht over euthanasie (MC Maas 1991:1070). Dit rapport is uitgebracht naar aanleiding van een onderzoek van de commissie. Bij dit onderzoek is afgesproken tussen de KNMG, de Inspectie en het Openbaar Ministerie dat artsen die gingen meewerken aan dat onderzoek, de garantie kregen dat zij niet vervolgd zouden worden. Door deze regeling waren artsen in staat om informatie te geven, in de wetenschap dat die informatie niet gebruikt zou worden in strafrechtelijke procedures (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012).

Op 23 juni 1992 blijkt weer duidelijk hoe groot de verdeeldheid is over euthanasie bij psychiatrische patiënten. Op deze dag werden artsen namelijk vrijgesproken die hulp bij zelfdoding verleende aan een psychiatrische patiënt en kregen enkele leden van de katholieke kerk een prijs omdat zij nooit zullen instemmen met euthanasie. Dit illustreert de grote verdeeldheid in Nederland over euthanasie bij psychiatrische patiënten (Chavannes 24-06-1992).

Uit onderzoek blijkt dat in de periode 1994 en 1995 er jaarlijks ongeveer 320 euthanasieverzoeken werden ingediend bij psychiaters. Hiervan werden in deze twee jaar maximaal vijf ingewilligd (Croonen & de Vries 2010). De redenen waarom de ene psychiatrische patiënt wel hulp bij zelfdoding krijgt en de andere psychiatrische patiënt niet, zullen in paragraaf 5.3 besproken worden aan de hand van de persoonlijke ervaringen van enkele artsen.

4.13 Discussie over euthanasie naar een meer praktisch niveau

In 1992 wil de KNMG dat bekend gemaakt wordt welke criteria er gehanteerd worden bij euthanasiezaken. Dit maken zij bekend naar aanleiding van een proefproces waarin een arts die levensbeëindiging toepast bij een comapatiënt, niet vervolgd wordt. De KNMG wil dat er duidelijkheid komt, zodat artsen weten wanneer ze wel en wanneer ze niet vervolgd kunnen worden. De KNMG is van mening dat levensbeëindiging bij wilsonbekwame patiënten in sommige gevallen mogelijk moet zijn (Trouw 14-02-1992).

Door de arresten van de Hoge Raad is het proces van rechtsverandering in een nieuw stadium terecht gekomen. De discussie verschuift nog verder van het ideologisch naar het praktisch niveau. Deze verschuiving wordt gestimuleerd doordat de regering aangeeft dat het niet de bedoeling is om op korte termijn euthanasie principieel te regelen. In 1993 is er een regeling ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Deze regeling legaliseert euthanasie niet, maar geeft wel een meldingsprocedure voor levensbeëindigend handelen. Hiermee krijgt het een wettelijk kader. Euthanasie is nu dus bij de wet nog steeds verboden,

maar het is wel onderworpen aan zorgvuldigheidseisen en een toetsingsprocedure. Dit is de basis geworden voor verdere rechtsontwikkeling (Weyers 2002:286). De regeling met betrekking tot het melden van euthanasie wordt in 1998 vernieuwd. Dit zodat de toetsingscommissies beter betrokken kunnen worden bij de rechtszaken. De toetsingscommissies doen vanaf dan aanbevelingen aan de officier van justitie om te toetsen of er aan de eisen van een zorgvuldige praktijk is voldaan (van der Heide et al. 2007). De toetsingscommissies vormen een buffer tussen de arts en het Openbaar Ministerie. In de toetsingscommissies zitten niet meer alleen juristen, maar vanaf 1998 zitten er naast de jurist ook een arts en een ethicus (Looijenga 2001).

Begin 1994 is het eerste symposium gehouden over hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. Het was daar erg druk. De meningen waren verdeeld, maar er werd in ieder geval gepraat over hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Toch was de uiteindelijke tendens dat de meeste aanwezigen dachten dat het mocht, indien er aan bepaalde voorwaarden voldaan was. Er waren wel mensen die vonden dat het nooit zou mogen, maar deze mensen werden minder gehoord (Schilder 27-04-1994).

Er is verschil in de publieke discussie en de manier waarop de geestelijke gezondheidszorg zelf aankijkt tegen hulp bij zelfdoding van psychiatrische patiënten, aldus verschillende kranten in 1995. In de geestelijke gezondheidszorg is het onderwerp bespreekbaar en zijn de discussies genuanceerd en tolerant. Zij willen weten wat zij mogen en wat zij kunnen doen. Dit terwijl de publieke discussie zich richt op wat de rol moet zijn van de medische wetenschap en wat het effect en de zin is van het medisch handelen (Dunning 25-03-1995)(ter Borg 25-03-1995).

Uit een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is gebleken dat vrijwel alle ziekenhuizen euthanasie en hulp bij zelfdoding toestaan in 1996. Ook twee derde van de verpleeghuizen staat euthanasie en hulp bij zelfdoding toe. De meeste instellingen in de psychiatrie hebben hiervoor geen beleid, omdat de meeste van hun inwoners wilsonbekwaam zijn (NRC Handelsblad 15-02-1996)(Algemeen Dagblad 15-02-1996).

De Nederlandse ziekenhuispsychiaters zijn van mening dat de psychiater meer betrokken moet worden bij vragen om euthanasie in het ziekenhuis. De KNMG geeft de voorkeur aan hulp bij zelfdoding, ook bij lichamelijk zieken (NRC Handelsblad 27-08-1996)(Trouw 27-08-1996).

Uit het onderzoek in 1996 blijkt al dat in de psychiatrie bijna alle serieuze verzoeken om euthanasie worden afgewezen (Schreuder 27-11-1996). Daarnaast blijkt dat bijna twee derde van de psychiaters hulp bij zelfdoding door patiënten aanvaardbaar vindt, maar een groot deel van hen zal die hulp niet zelf verlenen. Naar schatting worden er van de ongeveer 320 verzoeken om hulp er jaarlijks twee tot vijf ingewilligd (NRC Handelsblad 18-11-1997).

In 1998 maken de verschillende politieke partijen hun verkiezingsprogramma bekend. Hierin speelt euthanasie ook een rol. Zo wil het CDA dat euthanasie in het Wetboek van Strafrecht blijft staan. De D'66, PvdA, GroenLinks en VVD vinden dat onder bepaalde omstandigheden euthanasie toegepast mag worden (MC ARGO/NCG 1998:23-24).

In 1999 is er in overleg tussen de directie van een psychiatrisch ziekenhuis en de officier van justitie in Almelo werd een procedure gemaakt. Het is het eerste psychiatrisch ziekenhuis dat een procedure heeft voor patiënten die hulp bij euthanasie vragen (Jungschleger 12-06-1999). In kranten verschuift de euthanasie discussie zichtbaar. Tot en met 1999 wordt er gediscussieerd over euthanasie bij psychiatrische patiënten, pasgeborenen en comapatiënten. Dit lijkt in 1999 door de maatschappij aanvaard te zijn en je ziet dan de discussie verschuiven naar euthanasie bij demente patiënten en bij kinderen. Vanaf 2002 wordt de discussie rondom euthanasie nog verder verschoven, namelijk naar mensen die levensmoe zijn.

4.14 Euthanasie bij psychiatrische patiënten: toch twijfelachtig?

Er geldt een nieuwe meldingsprocedure euthanasie per 1 november 1998. Hulp bij zelfdoding en euthanasie bij psychische patiënten dient gemeld te worden volgens de procedure voor gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek (MC Legemaate 1998:715). Het blijkt dus dat er geen duidelijke breukvlakken zijn. Jurisprudentie loopt voor op wetgeving en dit scheidt verwarring. Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten is volgens de jurisprudentie al een aantal jaren geoorloofd, maar de wettelijke regelingen lopen hierop achter. In de nieuwe meldingsprocedure valt hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten onder levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek. Dit impliceert dat hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten wellicht toch niet geoorloofd is. De KNMG wil dan ook dat in de wet geregeld wordt dat wilsonbekwame patiënten recht kunnen hebben op euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ze willen dat de procedure voor hen wordt veranderd, zodat ze niet vallen onder de levensbeëindiging zonder verzoek. Dit omdat de KNMG vindt dat er teveel onduidelijkheid is over wanneer een patiënt een psychische stoornis heeft (MC Hagenouw 1999:1452-1453). De KNMG verwoordt dit als volgt:

“... heeft de KNMG reeds aangegeven dat deze formulering onhelder is, omdat bij iedere patiënt wel iets dergelijks aan de hand kan zijn. Melding volgens de procedure zonder uitdrukkelijk verzoek zou volgens de KNMG pas voor de hand liggen, wanneer een terzake deskundige consultant heeft vastgesteld dat een depressie of dementie van invloed kan zijn op de oordeelsvorming van de patiënt” (MC Hagenouw 1999:1453).

Vanaf 2001 gaat de discussie voornamelijk over patiënten die ‘klaar zijn met hun leven’. Psychiatrische patiënten lijken in het Medisch Contact te worden geaccepteerd als mogelijkheid voor hulp bij zelfdoding of euthanasie (MC Spreeuwenberg & Legemaate 2001⁵)(MC Crul & Legemaate 2003). Het blijkt echter dat in de psychiatrische praktijk in 2002 hulp bij zelfdoding zeldzaam is. Ongeveer twee derde van de Nederlandse psychiaters is van mening dat hulp bij zelfdoding in bepaalde situaties acceptabel is. Zij zouden echter niet in alle gevallen zelf hulp geven (MC Anoniem 2002).

4.15 De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

In 2002 treedt de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtlvhz) in werking (Hertogh 2006). Op 1 april 2002 is de Wtlvhz in werking getreden onder leiding van de ‘paarse coalitie’ (Wetten 2011). Hierover is 32 jaar publiek debat geweest en er zijn 18 jaar lang politieke pogingen geweest om de veranderde opvattingen over euthanasie om te zetten in een wet (Weyers 2002:343). De legalisering van euthanasie had meerdere doelen. Het eerste doel was om artsen, en dan ook alleen maar artsen, juridische ruimte te geven voor euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het tweede doel was dat deze medische handelingen onderworpen werden aan maatschappelijke sturing en toetsing (den Hartogh 2002).

De Wtlvhz is op 1 april 2002 van kracht gegaan. Op dat moment geven de regionale toetsingscommissies echter geen oordeel over een melding van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Dit komt echter niet overeen met het oordeel van de rechtbank, de zaak-Chabot, en de toelichting die bij de wet gegeven is (MC Tholen 2003). In de Wtlvhz moeten psychiatrische patiënten waarbij hulp bij zelfdoding is toegepast nog steeds ingevuld worden als levensbeëindiging zonder verzoek (MC Anoniem 2003).

Op dit moment is het in Nederland gangbaar om euthanasie te omschrijven als het handelen van een arts dat het leven van een patiënt op diens uitdrukkelijk verzoek beëindigt. Belangrijke begrippen daarbij zijn vrijwilligheid, weloverwogenheid van het verzoek en uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn in

⁵ De paginanummers van enkele artikelen uit het Medisch Contact zijn niet te achterhalen. Enkele keren is de verwijzing naar de paginanummers dus weggelaten bij de verwijzing naar het Medisch Contact.

Nederland nog steeds een strafbaar feit. Er is echter geen sprake van een strafbare handeling als deze handeling verricht wordt door een arts. Deze arts moet handelen volgens de wettelijke zorgvuldigheidseisen en hiervan melding maken bij de lijkschouwer (Regionale toetsingscommissies euthanasie 2011).

Op dit moment is euthanasie ook toegestaan op mensen die daar niet om kunnen vragen. Hiermee wordt bedoeld dat onder bepaalde voorwaarden euthanasie is toegestaan bij bijvoorbeeld mensen in coma, wilsonbekwame geestelijk gehandicapten en pasgeborenen (Mistrade Haarhuis 2007). Hieronder worden ook psychiatrische patiënten verstaan. Dit onderschrijft ook de KNMG. Artsen zijn hier echter vaak niet van op de hoogte, stellen zij (KNMG 2011). Bovendien blijkt uit de cijfers dat euthanasie in de praktijk weinig wordt toegepast bij psychiatrische patiënten (Croonen & de Vries 2010).

Meteen na de goedkeuring van de Wtlvhz in 2002 zijn er parlementaire initiatieven ondernomen om deze wet uit te breiden naar minderjarigen en personen met dementie (de Lepeleire et al. 2009). Dit is van belang, omdat minderjarigen en personen met dementie wilsonbekwaam zijn. Ook psychiatrische patiënten zijn soms wilsonbekwaam en daarom kan de discussie over minderjarige en dementie patiënten ook toegepast worden op psychiatrische patiënten.

4.16 De evaluatie van de Wtlvhz

In 2005 is er opdracht gegeven door de toenmalige Staatssecretaris van VWS, mevrouw Ross-Van Dorp, om de Wtlvhz te evalueren. De algemene conclusie van het evaluatierapport is dat de Wtlvhz adequaat werkt. Het kabinet vindt dat er op basis van deze evaluatie geen reden is om de wet of het beleid aan te passen (Ministerie van VWS 2007). Het enige wat niet helemaal goed functioneert is artikel 2 lid 2 (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012). Deze luidt:

“Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing” (Wetten 2011).

Er is discussie over hoe je dit in de praktijk moet uitvoeren. De vraag hierbij is of je een mondeling verzoek kan vervangen door een schriftelijk verzoek. De vraag daarbij is dan hoe een arts dat kan toetsen als daarover niet meer gecommuniceerd kan worden met de patiënt (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012).

In 2010 heeft het ministerie van VWS een brochure uitgebracht met daarin antwoord op vragen met betrekking tot euthanasie. Hierin benoemen zij specifiek dat euthanasie toegepast mag worden bij chronisch psychiatrische patiënten. Dit geldt voor chronisch psychiatrische patiënten die een duurzame doodswens hebben en die ondraaglijk en uitzichtloos lijden, wat leidt tot een vrijwillig en weloverwogen verzoek om hulp bij zelfdoding. Het ministerie van VWS geeft hierbij aan dat in die gevallen en wanneer aan alle andere zorgvuldigheidseisen is voldaan, hulp bij zelfdoding is toegestaan op basis van de Wtlvhz (Ministerie van VWS 2010). Ook oud-minister van VWS Els Borst benadrukt dat er met de Wtlvhz bedoelt is dat ook psychiatrische patiënten hier aanspraak op kunnen maken. Wanneer een psychiatrische patiënt in een fase zit waarbij hij niet meer manisch is, niet depressief is, een helder ziekte-inzicht heeft en wilsbekwaam is, dan kan een patiënt de balans opmaken en besluiten dat hij hulp bij zelfdoding wil. Dan voldoet een patiënt aan de criteria van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Een tweede groep psychiatrische patiënten bestaat uit onbehandelbare patiënten. Wanneer er naar huidige medische inzichten geen verbeteringen mogelijk zijn, dan kan de psychiater legaal besluiten om aan het euthanasieverzoek gehoor te bieden. Onbehandelbare, permanente depressieve psychiatrische patiënten lijden vaak ook ondraaglijk en uitzichtloos. Ook zij mogen, volgens Els Borst en de rechtbank, aanspraak maken op euthanasie. Dit ondanks het feit dat deze patiënten wilsonbekwaam zijn. Ten derde is er een groep psychiatrische patiënten die telkens weer de dood blijven zoeken. Voor psychiaters is het een moeilijke beslissing wat ze met deze patiënten moeten doen. Volgens Els Borst, kan ook bij hun euthanasie toegepast worden, wanneer er twee artsen geconsulteerd zijn die het oordeel hebben dat het uitzichtloos en ondraaglijk lijden is. De conclusie van Els Borst is dat artsen die hulp bij zelfdoding verlenen aan psychiatrische patiënten die uitzichtloos en ondraaglijk lijden, niet handelen in strijd met de wet (Borst 2010).

Ondanks de Wtlvhz staan niet alle politieke partijen achter euthanasie. Zo vertelt Andre Roevoet van de ChristenUnie in een interview dat een speerpunt van de ChristenUnie is dat de zorg weer levens respecterend wordt. Zij vinden euthanasie een ondermijning van het fundament van de samenleving (Gibbels 2003).

4.17 Euthanasie bij dementie patiënten

Er is vanaf 2002 veel discussie geweest over euthanasie bij dementie. Bij een verzoek om euthanasie speelt weloverwogenheid een grote rol. Dit houdt in dat de dementie patiënt nog voldoende heldere momenten moet hebben (Visser 2009). Een manier om dit dilemma te voorkomen is een schriftelijke wilsverklaring. Deze is volgens de Wtlvhz ook geldig als degene die de wilsverklaring heeft opgesteld, zijn wil niet langer kenbaar kan maken, zoals

bij dementie (Wind et al. 2002). Zoals eerder genoemd in paragraaf 4.16 is er echter twijfel over de praktijk bij een wilsverklaring (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012). Hierover zegt de beleidsadviseur van de KNMG:

“Het enige wat je kunt zeggen, maar dat is niet anders, is dat er discussie is over artikel 2 lid 2. Daar is discussie over. Met name hoe je dat in de praktijk moet uitvoeren. Daarvan vinden de NVVE en andere partijen dat je dat heel letterlijk mag nemen. Of een mondeling verzoek vervangen mag worden door een schriftelijk verzoek. De vraag is natuurlijk hoe een arts dat kan toetsen als je niet meer daarover met de patiënt kunt communiceren” (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012).

Ook een niet-behandelverklaring kan vooraf opgesteld worden en dit is een tussenweg tussen euthanasie en blijven behandelen. Bij een niet-behandelverklaring mogen artsen uitsluitend zorg verlenen met als doel het lijden te verzachten. Zij mogen dan geen levensverlengende handelingen toepassen (Wind et al. 2002).

Euthanasie bij dementie in een later stadium is voor 2011 niet gemeld (Visser 2009). In maart 2011 is er voor het eerst euthanasie toegepast op een zwaar dementerende patiënt. Deze 64-jarige vrouw had een schriftelijke wilsverklaring dat zij euthanasie wilde wanneer zij sterk dementerende zou zijn. Ook gaf ze dit nog regelmatig aan. Op het moment dat euthanasie werd toegepast, was zij echter wilsonbekwaam. Toch heeft de toetsingscommissie het euthanasieverzoek toegepast. In augustus 2011 is bovendien geoordeeld dat de huisarts zorgvuldig gehandeld heeft. Dit kan verstrekkende gevolgen hebben voor de euthanasiepraktijk bij wilsonbekwame patiënten in Nederland (Effting 2011).

4.18 Euthanasie bij psychiatrische patiënten

Euthanasie is op dit moment ook toegestaan voor mensen in coma, wilsonbekwame geestelijk gehandicapten en pasgeborenen. Psychiaters en verpleegkundigen hebben wel geleerd om suïcidaliteit te bespreken en te behandelen met als doel mensen af te houden van de dood. Maar anderzijds is erover praten in de zin van het erkennen dat het leven niet meer als zinvol wordt ervaren moeilijk en in veel instellingen zelfs een taboe (Mistrate Haarhuis 2007). Hier in paragraaf 5.3 verder op in gegaan worden.

De NVvP heeft in 2004 een richtlijn uitgegeven voor psychiaters over hoe zij om moeten gaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. De commissie is van mening dat er bij een euthanasieverzoek rekening gehouden moet worden met het type stoornis, met het beloop van de ziekte etc. De commissie geeft echter ook aan dat hier sprake is van een richtlijn en dat dit dus geen pasklaar beoordelingskader of gedragskader is. Ook benadrukt de commissie dat hulp bij zelfdoding in de psychiatrie slechts in uitzonderlijke situaties dient plaats te vinden. In deze richtlijn staan de

minimum-eisen waaraan een psychiatrische patiënt moet voldoen wil zij in aanmerking komen voor hulp bij zelfdoding, maar dat iedere patiënt opnieuw getoetst moet worden aan alle zorgvuldigheidseisen. De NVvP is van mening dat wanneer psychiatrische patiënten een euthanasieverzoek indienen, er eerst gezocht moet worden naar een goede behandeling. De commissie vindt het erg belangrijk dat een psychiater in een vroeg stadium aangeeft aan de patiënt welke traject er doorlopen dient te worden, alvorens er besloten kan worden over het euthanasieverzoek. De patiënt, heeft volgens de commissie, het recht te weten of zijn psychiater hem in het uiterste geval wel of niet zal helpen met zelfdoding. Voordat een psychiater een toezegging doet aan een patiënt over hulp bij zelfdoding, moet er een onafhankelijke psychiater geconsulteerd worden. Wanneer tevens aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, mag de psychiater hulp bij zelfdoding verlenen, aldus de commissie (NVvP 2004). In 2009 heeft de NNvP de richtlijn hulp bij zelfdoding voor psychiaters herzien. De aanpassingen ten opzichte van de richtlijn van 2004 zijn wettelijke veranderingen. Zo wordt er aangeraden om niet één arts te raadplegen, maar twee artsen. Hierbij wordt aangeraden één SCEN-arts te raadplegen en één arts met een bijzondere expertise op het gebied van de psychiatrische stoornis van de patiënt. Verder moet de arts aanwezig zijn wanneer de patiënt de medicatie inneemt (NVvP 2009).

Er is een nieuw meldingsformulier voor euthanasie gekomen in 2009. Nu vallen psychiatrische patiënten bij wie euthanasie is toegepast niet langer onder de levensbeëindiging zonder verzoek (MC Anoniem 2009:1006).

4.19 Aantal euthanasieverzoeken in de psychiatrie tussen 2007 en 2012

In 2007 constateert de NVvP dat er sinds de invoering van de euthanasiewet geen aanvragen voor euthanasie meer gedaan zijn wegens psychisch lijden bij de toetsingscommissies. Dit is opmerkelijk aangezien de wet die vanaf 2002 geldt, ook mogelijkheden biedt voor euthanasie bij psychisch lijden (Smit 28-11-2007)(NRC Handelsblad 28-11-2007). Volgens de directeur van de NVVE zijn psychiatrische patiënten er altijd geweest. Zij zegt dat artsen altijd bereid zijn geweest om hen te helpen bij hulp bij zelfdoding. Dit, aldus de directeur van de NVVE, totdat de richtlijn van de NVvP er kwam in 1998 (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012). Dit verwoordt zij als volgt:

De psychiatrische patiënten zijn er altijd geweest en de psychiaters zijn altijd, evenals somatische dokters, wel bereid geweest om ook die mensen te helpen. Totdat de euthanasiewet kwam. Want daarna hield het ineens helemaal op bij psychiaters. En dat was al in 1998 dat ze de richtlijn 'hulp bij zelfdoding' opgericht hebben door de Nederlandse Vereniging voor Psychiaters. De Nederlandse Psychiatervereniging dus daar was al de eerste aanzet om een soort richtlijn te hebben hoe we ermee om gaan. En het gekke is dus dat er daarna geen echte hulp bij zelfdoding meer heeft

plaatsgevonden. In ieder geval niet gemeld zijn. (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012)

Dit staat in contrast met wat de geïnterviewde artsen zeggen. P1 en P2 geven beiden aan dat het goed kunnen doorlopen van een euthanasietraject wellicht te maken heeft met een persoonlijk leerproces. Zo zegt P1 dat het voor haar “toch een persoonlijk groeiproces geweest is” (Interview met P1 2012). Dit persoonlijke leerproces is voor P1 belangrijker dan de wet. Ook P2 denkt dat je een bepaalde levenservaring moet hebben om de afweging bij euthanasie te kunnen maken. Hij zou echter nooit euthanasie hebben toegepast, als de wet er niet was geweest (Interview met P2 2012).

In 2008 werden er 520 euthanasieverzoeken door psychiatrische patiënten ingediend. Hiervan werden er twee ingewilligd (Croonen & de Vries 2010). In 2009 was er één melding van hulp bij zelfdoding aan patiënten met psychische problematiek (Psy 2010). Psychiaters krijgen ieder jaar ongeveer 520 euthanasieverzoeken van uitzichtloos lijdende patiënten, maar daar wordt zelden aan voldaan (MC Croonen 2011:182). In 2010 zijn er 3 euthanasieverzoeken ingewilligd (Psy 2010). In paragraaf 5.1 zal dieper ingegaan worden op de redenen van artsen om niet in te gaan op een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt.

5. Kernpunten bij euthanasie bij psychiatrische patiënten

De resultaten van het onderzoek met betrekking tot het euthanasiebeleid in Nederland zijn in het vorige hoofdstuk geanalyseerd. Bespreekbaarheid van euthanasie is een tweeledig begrip. Enerzijds is er de bespreekbaarheid in spreekkamer, dus tussen arts en patiënt onderling. Anderzijds is er ook de bespreekbaarheid in de maatschappij, dus hoe de sociale actoren hier tegenover staan. In dit hoofdstuk zal aan de hand van drie dilemma's het onderwerp euthanasie bij psychiatrische patiënten dieper uitgewerkt worden. Het eerste dilemma is het maatschappelijk dilemma van de zelfverkozen dood. Dit gaat over de bespreekbaarheid van euthanasie bij psychiatrische patiënten in de maatschappij. Het tweede dilemma is het dilemma van behandelen. Dit gaat over het criterium van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Tot slot is het derde dilemma het dilemma van de spreekkamer. Dit gaat over de aarzeling van artsen om in de spreekkamer over euthanasie te praten.

5.1 Het maatschappelijk dilemma van de zelfverkozen dood

Zoals reeds vermeld in hoofdstuk twee, geeft Seal aan dat artsen een grote invloed hebben op de totstandkoming van de wetgeving. Hierbij geeft Seale als voorbeeld dat Nederland een van de weinige landen is, waar euthanasie gelegaliseerd is. De legalisering van euthanasie in Nederland is mede mogelijk gemaakt door de steun van de KNMG. Hieruit blijkt, volgens Seale, weer de grote invloed die artsen hebben op besluitvorming en wetgeving. Daarnaast hebben sociale bewegingen veel invloed, aldus Seale (Seale 2010:219). Dit blijkt ook uit de invloed die de verschillende sociale bewegingen in Nederland hebben gehad op de besluitvorming over euthanasie. Ook hebben de sociale bewegingen een grote rol gespeeld in de bespreekbaarheid van euthanasie bij psychiatrische patiënten. Allereerst heeft het Humanistisch Verbond in 2008 de discussie over euthanasie bij psychiatrische patiënten aangezwengeld.

In 2008 heeft het Humanistisch Verbond duidelijk gemaakt dat zij het schrijnend vinden dat psychiatrische patiënten met een duurzame doodswens vaak geen hulp krijgen door artsen bij de zelfdoding. Het Humanistisch Verbond vindt het inhumaan en liefdeloos dat dergelijke psychiatrische patiënten vaak op een eenzame en mensonwaardige wijze een einde maken aan hun leven. Het Humanistisch Verbond is van mening dat artsen psychiatrische patiënten die ondraaglijk en uitzichtloos lijden moeten helpen met hun euthanasieverzoek. Dit vinden zij wanneer artsen geen middelen voor mogen schrijven, maar ook wanneer artsen geen middelen voor willen schrijven. Het Humanistisch Verbond wil dat volwassen, wilsbekwame personen met een duurzame doodswens op een menswaardige manier kunnen sterven. Hiertoe zet het Humanistisch Verbond in op een verruiming van de mogelijkheden om op legale en adequate wijze hulp te bieden aan deze personen. Zij vinden dat er over gegaan

moet worden tot levensbeëindigend handelen wanneer het lijden van de patiënt dat verantwoord maakt of als er geen kans meer is op een geestelijk en menswaardig leven. Hiertoe zou, volgens het Humanistisch Verbond, de wet verruimd moeten worden (Humanistisch Verbond 2008). Dit hebben zij duidelijk gemaakt in de film 'Mag ik dood?'. Volgens de voorzitter van de NVVE is deze film de aanstichter geweest voor de discussie binnen de psychiatrie over euthanasie (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012). Dit verwoordt zij als volgt:

“In 2008 is de film 'mag ik dood' uit gekomen. Dat is eigenlijk de aanjager geweest voor de discussie binnen de psychiatrie” (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012).

Ook in het Medisch Contact wordt de film gezien als de aanjager van de discussie (Anoniem 2008:1329).

Omdat euthanasie bij psychiatrische patiënten vrijwel nooit toegepast wordt, heeft de NVVE een onderzoek laten doen om te kijken of een levenseindekliniek voor o.a. chronisch psychiatrische patiënten haalbaar is (MC Broersen 2010). De KNMG vindt een levenseindekliniek echter niet wenselijk. Volgens de KNMG is het voor artsen uitgesloten dat zij binnen de gestelde drie dagen kunnen vaststellen of euthanasie de enige optie is, zeker bij psychiatrische patiënten. De afweging van alle wettelijke zorgvuldigheidseisen is hier buitengewoon complex en tijdrovend, aldus de KNMG (MC Pronk 2011). Dit omdat het bij psychiatrische patiënt buitengewoon ingewikkeld is om vast te stellen of het euthanasieverzoek ingegeven is door de ziekte zelf. De KNMG onderstreept dus dat euthanasie mag bij psychiatrische patiënten, maar dat er tegelijkertijd terughoudendheid en voorzichtigheid geboden is, omdat het een ingewikkelde patiëntengroep is. De KNMG vindt dat dokters beter samenwerkingsafspraken kunnen maken in de regio, in plaats van patiënten door te sturen naar de levenseindekliniek (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012). In tegenstelling tot de KNMG zal Minister Schippers van VWS de oprichting van de levenseindekliniek niet in de weg staan. Zij vindt dat er voldoende regels zijn opgenomen in de wet die een zorgvuldige uitvoering van euthanasie in deze kliniek moet waarborgen (MC van Venrooij 2011:3011).

De KNMG is van mening dat artsen in hun eigen regio afspraken moeten maken over wat te doen met patiënten met een euthanasieverzoek. Ze willen hiermee zorgen dat een patiënt zijn toevlucht niet hoeft te nemen tot de levenseindekliniek. Het maakt de KNMG niet uit of het afspraken zijn over doorverwijzen, overnemen of meelopen, als er maar afspraken gemaakt worden. Dit omdat de arts hiermee de verantwoordelijkheid neemt door te zeggen dat hij het wel of niet gaat doen en hoe dan verder te handelen (Interview met de

beleidsadviseur van de KNMG 2012). Ook de Steungroep Psychiaters en P1 staan hier achter. De Steungroep Psychiaters vindt namelijk dat artsen in hun eigen regio moeten zoeken naar artsen voor consultatie (Interview met P1 2012). De beleidsadviseur van de KNMG wijst er ook op dat het de meest natuurlijke weg is om eerst binnen je eigen huisartsengroep of met collega's in je eigen regio te spreken. Dit omdat zij de patiënt en de casus waarschijnlijk beter kennen (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012). De Steungroep Psychiaters is in 2010 opgericht (Peters 2010). De Steungroep Psychiaters is onderdeel van de NVVE (Interview met P1 2012). De Steungroep Psychiaters is in te schakelen voor informatie, advies en consultatie. Dit kan gaan om praktische voorlichting, interpretatie van de zorgvuldigheidseisen, meedenken over behandelmogelijkheden, communicatieve aspecten, emotionele steun, de medisch-technische uitvoering van hulp bij zelfdoding en verslaglegging (Steungroep Psychiaters 2011).

Tussen 1980 en 2010 pleegden 5542 mensen zelfmoord door voor de trein te springen, daarnaast mislukte het bij 539 mensen. Gemiddeld per jaar zijn dit dus 200 mensen die zelfmoord plegen door voor de trein te springen (Wiersma 2010). Een treinmachinist waarbij al negentien keer iemand voor de trein is gesprongen zegt hier het volgende over:

“Als dan de politie komt, kan ik het uit handen geven en stort mijn wereld in. Het is echt geen fijn gezicht om iemand te zien die door een trein is geraakt. Ook het moment dat je iemand ziet staan en niet meer kunt remmen is vreselijk” (Croonen & de Vries 2010:90).

Als gevolg van alle keren dat deze treinmachinist een zelfdoding mee maakte voor zijn trein, heeft hij uiteindelijk een hartinfarct gekregen (Croonen & de Vries 2010:91). Hij heeft toen zijn werk als toen machinist op moeten geven. Hij zegt hierbij het volgende: “Ik neem het de mensen die springen niet kwalijk, maar wel de instellingen die ze geen andere keuze geven” (Croonen & de Vries 2010:91). Ook deze treinmachinist onderstreept het grote aantal zelfdoden op het spoor. Hierbij geeft hij aan dat er bijna geen enkel machinist is die het heel zijn carrière volhoudt op de trein. Hij zegt dat sommige machinisten na één of twee zelfdodingen het niet meer aan kunnen en dat andere machinisten meer dan twintig zelfdodingen mee maken in hun carrière (Croonen & de Vries 2010).

In een workshop van de NVvP in 2009 was de uitkomst dat een verzoek om euthanasie niet negeert moet worden, maar ook niet gestimuleerd. Ruim 300 keer per jaar krijgen psychiaters het verzoek om te helpen bij zelfdoding. Toch ontvingen regionale toetsingscommissies tussen 2002 en 2007 geen meldingen van psychiaters, in 2008 twee en in 2009 slechts één (Volkskrant 11-04-2009). Toch ziet de voorzitter van de NVVE wel een

trend op het voorjaarscongres van de NVvP. De NVVE heeft sinds 2008 een stand op het voorjaarscongres van de NVvP. Zij merkte hier op dat de stand in 2008 geen enkele aandacht kreeg, in 2009 begonnen er voorzichtig wat mensen te kijken bij de stand, in 2010 waren er heftige discussies bij de stand en in 2011 had de voorzitter van de NVVE het idee dat alle psychiaters hen erbij vond horen. Zij had het idee dat zij toen geaccepteerd werden en daarmee ook het idee van euthanasie bij psychiatrie. Zij geeft hierbij wel aan dat dit niet betekent dat euthanasie in de psychiatrie helemaal geaccepteerd is, maar zij zit wel een duidelijke omslag (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012).

Vanaf 2009 komt euthanasie bij psychiatrische patiënten weer meer in de media. Dit doordat de NVVE en de stichting Euthanasie in de Psychiatrie hier aandacht voor vragen. Zo geeft de NVVE in 2009 een symposium over euthanasie bij psychiatrische patiënten (van Houwelingen 25-11-2009). Daarnaast vinden er interviews plaats met twee moeders van psychiatrische patiënten die zelfmoord hebben gepleegd nadat artsen weigerden hulp bij zelfdoding te verlenen. Zij hebben zich herenigt in de stichting Euthanasie in de Psychiatrie (Karadarevic 11-01-2010). 'De moeders' hebben de stichting Euthanasie in de Psychiatrie opgericht vanuit woede en onmacht over de menonwaardige zelfdoding van hun kinderen. Zij wilde andere mensen helpen met hun verhalen. Ook wilde zij verhalen bundelen om aan de psychiaters te laten zien dat er veel psychiatrische patiënten zijn die hun toevlucht zoeken tot een menonwaardige dood nadat hun euthanasieverzoek niet ingewilligd is (Interview met 'de moeders' 2012).

Psychiater Boudewijn Chabot houdt zich al jaren bezig met het schemergebied tussen zelfmoord en euthanasie. Hij schreef een naslagwerk in 2010 waarin praktische wenken staan voor zelfeuthanasie, omdat uit zijn onderzoek bleek dat er behoefte is aan een handleiding. Hij zegt dat zelfeuthanasie iets anders is dan zelfmoord. Zelfeuthanasie is namelijk in gesprek gaan met de naasten, niet impulsief handelen maar weloverwogen inslapen. Dit wordt niet geregistreerd, dus er zijn geen cijfers bekend (Camps 2010). De KNMG is tegen zelfeuthanasie (Interview met beleidsadviseur van de KNMG 2012). Ook P3 is tegen zelfeuthanasie. Zij vindt dat Chabot hiermee mensen uitnodigt om op een inhumane manier aan hun einde te komen. Dit is juist wat euthanasie moet voorkomen en daarom vindt P3 dat Chabot hiermee euthanasie een slechte naam bezorgt. Daarnaast vindt zij dat Chabot op deze manier alleen de mensen bereikt die "uiterst slim, adequaat kunnen optreden, kunnen handelen. Die heel goed kunnen verwoorden. Die slim genoeg zijn om de arts en de wetgeving te omzeilen" (Interview met P3 2012).

5.2 Het dilemma van behandelen

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden is voor iedere patiënt anders. Volgens de beleidsadviseur van de KNMG heeft lijden erg te maken met somatisch klachten en met psychosociale klachten en met een stapeling van klachten. Deze zingevingsklachten, psychische klachten en lichamelijke klachten zijn vaak niet levensbedreigend, maar als er gekeken wordt naar het totaal beeld kan er wel sprake zijn van ondraaglijk lijden. De ene persoon vindt lijden ondraaglijk en uitzichtloos en de andere persoon kan het wel ondergaan en doorstaan. Dit heeft te maken, aldus de beleidsadviseur van de KNMG, met hoe je als persoon bent. Bij het beoordelen van een euthanasieverzoek gaat het er dus altijd om wie de persoon is die die om euthanasie vraagt en wat zijn context is (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012).

Daarnaast speelt de kwaliteit van leven een rol bij de beoordeling van een euthanasieverzoek, aldus P1. Zij kijkt bij ieder euthanasieverzoek naar de behandelbaarheid, de veranderbaarheid en de duurzaamheid (Interview met P1 2012). P1 legt uit dat doodswensen ontstaan door vermindering van de kwaliteit van leven en een vermindering van het psychologisch welbevinden (zie ook Kerkhof & van Luyn 2010). Daarnaast speelt de coping een rol, aldus P2. De manier waarop een psychiatrische patiënt omgaat met de ziekte, speelt een belangrijke rol in de mate van het lijden (Interview met P2 2012). Dit komt overeen met wat de beleidsadviseur van de KNMG noemt "hoe je als persoon bent" (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012).

Gekoppeld aan deze coping stijl, kan er ingegaan worden op de leeftijd van psychiatrische patiënten. 'De moeders' spannen zich erg in om euthanasie bij psychiatrische patiënten bespreekbaar te maken. Zij vinden dat ook jonge psychiatrische patiënten euthanasie moeten kunnen krijgen (Interview met 'de moeders' 2012). Artsen staan hier echter anders in. Zo vindt P1 dat euthanasie bij jonge mensen erg ingewikkeld is. Zij denkt niet dat zij dat ooit zou willen doen. Dit vindt zij, omdat zij denkt dat jonge psychiatrische patiënten niet uitzichtloos lijden. Zij denkt dat jonge psychiatrische patiënten nog kansen in het leven hebben, waardoor zij niet uitzichtloos lijden (Interview met P1 2012). Dit verwoordt zij als volgt:

"Ik vind dat jonge mensen... Maar goed dat is mijn mening. Ik bedoel het leven is ook op je bek gaan. Die kans moet je krijgen en daar moet je mee aan de slag" (Interview met P1 2012).

P2 zou het wel bij redelijk jonge patiënten willen doen, maar niet zo jong als 'de moeders' zouden willen. Hij is namelijk van mening dat mensen een bepaald karakter en een bepaalde

coping stijl ontwikkelen gedurende hun jongere jaren. Bij jonge patiënten is er een grote kans dat je met therapieën deze coping stijl kunt veranderen (Interview met P2 2012). Dit heeft dus ook te maken met de uitzichtloosheid van het verzoek. P2 is van mening dat heel jonge mensen dus niet uitzichtloos lijden, doordat hun coping stijl nog kan veranderen. Na een bepaalde leeftijd wordt dit moeilijker, aldus P2. Nadat patiënten deze leeftijd bereikt hebben, is er voor hem wel de mogelijkheid tot euthanasie (Interview met P2 2012). Hoogleraar psychiatrie Swinkels vindt dat de NVVE te gemakkelijk vindt dat er euthanasie gepleegd moet worden. Hij vindt dat bij patiënten die uitbehandeld zijn, de arts eerst moet proberen om de patiënt te laten leren leven met de ziekte. Hierna kan er eventueel overgegaan worden tot euthanasie (Parool 01-11-2008). Dit heeft alles te maken met de coping stijl van patiënten, waar P2 naar verwees. P3 denkt dat zij bij een jonger iemand eerder mee zou gaan in het euthanasieverzoek, dan bij een ouder iemand. Dit omdat de ontwrichtende werking van de ziekte groter is bij een jonger iemand (Interview met P3 2012).

Verzoeken om euthanasie en verzoeken om hulp bij zelfdoding worden vrijwel altijd afgewezen in de GGZ tussen 2002 en 2008 (MC Anoniem 2008:1329). De reden dat verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding vrijwel altijd worden afgewezen in de GGZ, volgens het Medisch Contact, is dat psychiaters vaak niet overtuigd zijn van de uitzichtloosheid van het lijden (MC van Dijk 2008:2024-2025).

In de praktijk wordt euthanasie slechts zelden toegepast bij psychiatrische patiënten. Dit omdat het veel complexer is om de weloverwogenheid van het verzoek en de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden vast te stellen dan bij somatische patiënten, aldus het Medisch Contact (MC van Wijlick & van Dijk 2009:1498). De reden hiervoor zou kunnen zijn, aldus het Medisch Contact, omdat het erg lastig is om de uitzichtloosheid van het lijden en de weloverwogenheid van het verzoek vast te stellen in de psychiatrie (MC Hoekstra 2011:634).

In de vakbladen Psychologie Magazine, Zorg & Welzijn en Zorgvisie worden in 2010 en 2011 drie artikelen gepubliceerd. Hierin wordt geschreven dat geen enkel hospice in Nederland in 2010 een chronische psychiatrische patiënt wil opnemen. Dit is een van de redenen dat de NVVE inmiddels een levenseindekliniek heeft opgericht (Stam 2010). De voorzitter van de NVVE verwacht dat ook veel psychiatrische patiënten zich zullen melden bij de levenseindekliniek. Zij geeft aan dat zij psychiatrische patiënten, die geen uitzicht meer hebben op verbetering en die ondraaglijk en uitzichtloos lijden zullen helpen. Als een van de redenen hiervoor geeft ze:

“Het lijden bij psychiatrische aandoening is vaak nog veel erger dan bij een somatische aandoening, want daarvan weet je dat het op een gegeven moment ophoudt, dat je eraan doodgaat. Maar bij een psychiatrische aandoening kan het vaak nog wel tientallen jaren duren voordat je overlijdt” (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012).

De reden dat de levenseindekliniek dus ook psychiatrische patiënten gaat helpen, is omdat zij onder de wet vallen en omdat zij, volgens de voorzitter van de NVVE, vaak erger lijden dan somatische patiënten, die wel vaak euthanasie of hulp bij zelfdoding krijgen door hun arts (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012). In de volgende paragraaf zal verder ingegaan worden op de levenseindekliniek.

In paragraaf 2.4 is de theorie van Timmermans uitgewerkt. Hierin wordt gesteld dat artsen niet kunnen leren van de dood van een psychiatrische patiënt (Timmermans 2007:8-9). Dit maakt het voor artsen lastig om met een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt om te gaan. Dit heeft alles te maken met het dilemma van behandelen. Artsen hebben namelijk te maken met angst en onzekerheid bij een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt, aldus P1. Dit omdat je als psychiater diagnostiek en behandeling doet. Een psychiater moet dus goed het onderscheid kunnen maken tussen een oprechte doodswens en een doodswens vanuit het ziektebeeld. De onzekerheid uit zich in het volgende, aldus P1: “als je zegt dat je hulp bij zelfdoding gaat geven, dan zeg je dat je niet in staat bent geweest om iemand goed te behandelen” (Interview met P1 2012). Dat is volgens P1 erg lastig om te zeggen (Interview met P1 2012). Er is hier dus sprake van collectief falen, omdat er (nog) geen adequate behandeling is voor bepaalde psychiatrische ziekten. Ook is er sprake van individueel falen, omdat een andere arts de patiënt misschien wel zou hebben kunnen helpen. Dit komt omdat er sprake is van een ander soort behandelrelatie tussen psychiater en psychiatrische patiënt, dan tussen een somatische patiënt en zijn arts. Timmermans stelt dat artsen hoop geven aan patiënten, doordat zij de patiënt kunnen genezen en helpen (Timmermans 2007:11-12). Het falen van artsen staat hier recht tegenover.

5.3 Het dilemma in de spreekkamer

Het praten over de doodswens is belangrijk voor alle geïnterviewde artsen. Dit wordt door alle drie de artsen genoemd, maar ook de voorzitter van de NVVE en de ‘moeders’ benoemen dit. De voorzitter van de NVVE baseert haar verhaal op ervaringen van Lieve Thienpont, een psychiater uit België. Deze heeft in haar onderzoek gemerkt dat wanneer je als arts vertelt aan de patiënt dat je bereid bent om daar eventueel in mee te gaan en vertelt dat je de vraag gehoord hebt, dat daarmee de strijd om de dood verdwijnt. Hierdoor krijgt zij regelmatig psychiatrische patiënten terug in het therapeutische circuit (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012). Dit komt volgens ‘de moeders’ doordat “als er niet geluisterd

wordt, wordt de worsteling met de dood steeds groter. De eenzaamheid wordt heftiger, want je kan er met niemand over praten” (Interview met ‘de moeders’ 2012). Dit is ook herkenbaar voor P1. Zij geeft scholing over suïcidaliteit en zegt dat zij het hierbij vaak tegenkomt dat artsen denken dat suïcidaliteit weg gaat als je er niet over praat. Zij denkt echter dat het hierdoor juist erger wordt (Interview met P1 2012). Zij verwoordt dit als volgt: “Volgens mij moet je over de dood praten om de suïcidaliteit weg te krijgen. Dat klinkt raar, maar als je dat verlangen ontkent wordt het alleen maar erger” (Interview met P1 2012). P2 geeft aan dat door het praten over de dood, bij negen van de tien patiënten de doodswens een uiting van verdriet of boosheid is, welke weggenomen kan worden. Daarnaast denkt hij dat er een soort rouwproces kan ontstaan bij de patiënt, als zij erkenning krijgen van de arts dat zij geen gemakkelijke ziekte hebben (Interview met P2 2012). Wel merkt P3 in haar omgang met collega’s, dat het erg lastig is om mensen wegwijs te maken in hoe ze een goed gesprek voeren over de dood met patiënten (Interview met P3 2012).

Niet alleen het praten over euthanasie is van belang, maar ‘de moeders’ wijzen ook op het belang van goed documenteren. Zij geven aan dat door een goede documentatie er wellicht een consequente lijn te ontdekken valt in de euthanasievraag, die euthanasie wellicht zal rechtvaardigen. Uit ervaring weet één van ‘de moeders’ dat de documentatie niet altijd gebeurt. Zo is zij samen met haar zoon een aantal keer bij zijn arts geweest om te praten over hulp bij zelfdoding. Na zijn dood heeft zij zijn dossier opgevraagd en toen bleek dat het geen enkele keer genoteerd is in het dossier (Interview met ‘de moeders’ 2012).

Belang van nazorg wordt ook door meerdere mensen genoemd. Zo wijst de voorzitter van de NVVE op het belang van goede gesprekken vooraf en op goede nazorg achteraf aan de nabestaanden van de psychiatrische patiënt (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012). Ook P2 heeft in zijn ervaring met euthanasie een belangrijke rol weggelegd voor de nazorg aan de nabestaanden. Dit omdat, aldus P2, het euthanasietraject voor hen ook belastend is (Interview met P2 2012). P1 en P3 wijzen erop dat de rol van de familie erg belangrijk is. P3 vindt dat de rol van de familie onderbelicht is. Zij vindt het cruciaal, dat ook voor de familie duidelijk is wat er gaat gebeuren en waarom. Zij vindt dat de familie achter de patiënt moet staan, want zo zegt zij:

“Maar ook dan geldt natuurlijk, wat nou als de ouders zeggen ‘alles goed en wel, maar dat gaan wij niet toestaan’. Ga je het dan wel doen als dokter? Lijkt me echt heel erg onverstandig. Dus dan heb je wel werk te doen. Dan heb je wel werk te doen door te praten met het gezin en het meisje en de broers en zussen. Dan moet je zeggen ‘Hoe moet dat nou? Jij hebt een doodswens, maar jouw familie wil jou helemaal niet kwijt’ (Interview met P3 2012).

'De moeders' vinden dat de psychiatrie een verantwoording heeft richting de maatschappij (Interview met 'de moeders' 2012). Zo zegt één van 'de moeders':

“Bijvoorbeeld bij een zelfdoding, krijg je het lijk vaak niet meer te zien. Ik heb het lijk niet meer mogen zien. Ik heb geen afscheid kunnen nemen. Je koopt een mooie kist en je hoopt dat de resten van je kind erin liggen. Dat is een hele rare situatie” (Interview met 'de moeders' 2012).

Hierbij geeft één van 'de moeders' aan dat de rouwverwerking niet echt gestart kan worden, doordat zij het lichaam van haar overleden kind nooit meer heeft mogen zien. Daarnaast wijzen 'de moeders' op de gevolgen voor de gehele maatschappij. Zij geven aan dat machinisten, politieagenten, verpleegkundigen, toevallige getuigen etc. allemaal geconfronteerd worden met de zelfdoding. Zij vinden daarom dat de psychiatrie hierin hun verantwoording moet nemen door vaker mee te werken aan een serieus, weloverwogen verzoek om hulp bij zelfdoding (Interview met 'de moeders' 2012). Ook P3 vindt dat de psychiatrie hierin hun verantwoording moet nemen (Interview met P3 2012). Zij verwoordt dit als volgt:

“Dan denk ik, we hebben allerlei middelen en methoden uitgevonden om te zorgen dat mensen het op het medisch vlak een beetje beter krijgen, gezonder. Moeten we dan ook niet de verantwoordelijkheid nemen om mensen in dat laatste stadium, als ze uitzichtloos lijden...” (Interview met P3 2012).

Hieruit blijkt dat artsen en belangenverenigingen vinden dat psychiaters in ieder geval open moeten staan voor een gesprek over euthanasie. Zij vinden dat er toch een bepaalde verantwoordelijkheid hierin rust op de psychiater. De beleidsadviseur van de KNMG spreekt echter van de verantwoordelijkheid van patiënten. De KNMG vindt namelijk dat patiënten ergens ook een eigen verantwoordelijkheid hebben (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012).

Hier boven wordt gesproken over de gevolgen van een zelfdoding voor de maatschappij. In het boek van 'de moeders' komen een aantal van deze maatschappelijk betrokkenen aan het woord. Zo zegt een verpleegster “als een cliënt al jarenlang behandeld wordt voor een psychiatrische ziekte zonder dat er verbetering is, is hij toch terminaal?” (Croonen & de Vries 2010:88). Hierbij legt deze verpleegkundige uit dat zij begrijpt dat het voor artsen en verpleegkundigen moeilijk is om euthanasie uit te voeren bij een psychiatrisch patiënt. Zij wijst er echter op dat het voor haar als verpleegkundige, nog moeilijker is om een cliënt dood in zijn kamer aan te treffen door verwurging (Croonen & de Vries 2010).

Het belang van spreken over euthanasie in de spreekkamer is nu voldoende uitgewerkt. Nu zal verder uitgewerkt worden waarom artsen mogelijk een aarzeling voelen om in de spreekkamer te spreken over euthanasie bij psychiatrische patiënten.

De eerste reden is dat blijkt dat 40% van de artsen niet weet dat een onbehandelbare psychiatrische aandoening voldoende kan zijn voor een gerechtvaardigd euthanasieverzoek (MC Crommentuyn 2011:2737). Dit gold tot een aantal jaar terug ook voor P3. Zij kwam pas achter het bestaan van de wet, toen zij er naar ging zoeken. Eerder had zij zich ook niet beseft dat euthanasie mogelijk was bij psychiatrische patiënten (Interview met P3 2012). Zij verwoordt dit als volgt:

“Je gaat pas goed kijken, althans ik was me pas bewust van het feit dat er een aanvulling is in 2002 door minister Borst dat mensen die wilsonbekwaam zijn, maar wel een wilsverklaring hebben, of bij mensen met een psychiatrische stoornis... Daar kwam ik pas 2 jaar geleden, toen ik bezig ging met het onderwerp, ging ik daar naar kijken” (Interview met P3 2012).

Een andere reden waarom artsen het euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt niet inwilligen, ligt volgens de voorzitter van de NVVE in angst voor juridische gevolgen. De angst voor juridische gevolgen komt voort uit onwetendheid van de wet. Deze artsen zijn dus niet bekend genoeg met de wet, waardoor zij niet in willen gaan op een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012). Deze angst voor rechterlijke vervolging hebben ook ‘de moeders’ opgemerkt (Interview met ‘de moeders’ 2012). Ook de beleidsadviseur van de KNMG erkent dat veel artsen zich onterecht achter de wet verschuilen. Dit is een van de twee redenen dat de KNMG in 2011 benadrukt heeft dat euthanasie mogelijk is bij psychiatrische patiënt (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012). Hierover zegt hij:

Wat wij wel hebben gemerkt is dat artsen zeggen dat het niet mag van de wet. En daarvan zeggen wij dat is onjuist. De ruimte van de wet is breder dan je als dokter denkt. Dat wil niet zeggen dat je die ruimte moet nemen. Maar je kunt niet tegen een patiënt zeggen dat de wet het niet toelaat. Dat is onjuist. Wat je moet zeggen is dat je het niet kunt opbrengen, of ik denk dat ik niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoe of ik ga het niet doen. Wees eerlijk en helder tegenover die patiënt. Verschuil je niet achter de wet of achter allerlei dingen die niet waar zijn. Wees voorbereid, lees dat document van ons goed, laat je informeren, maar wees daar vooral ook heel helder in naar de patiënt. Wat je wel en wat je niet wilt als dokter. (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012)

De tweede reden, aldus de voorzitter van de NVVE is dat artsen denken dat een levenseindeverzoek eigenlijk een wens om te leven is. Deze artsen vertalen een doodswens dus naar een levenswens (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012). Deze reden

wordt ook genoemd door P1 en door 'de moeders'. 'De moeders' (Interview met 'de moeders' 2012) zeggen in het interview namelijk dat "de meeste psychiaters blijven zeggen dat een vraag om de dood een hulpvraag is."

Soms is een euthanasieverzoek natuurlijk ook wel een hulpvraag. Dit blijkt uit het onderzoek van Spy. Hieruit blijkt dat een deel van de psychiatrische patiënten met een euthanasieverzoek, geen hulp bij zelfdoding krijgt, omdat bij sommige psychiatrische patiënten de euthanasiewens na een aanvullende behandeling verdwijnt. Er zijn echter nog tientallen psychiatrische patiënten die na aanvullende behandelingen een euthanasiewens hebben (Psy 2010).

Naast het feit dat er veel psychiatrische patiënten zijn met een euthanasieverzoek welke niet ingewilligd wordt, zijn er volgens 'de moeders' ook nog vele psychiatrische patiënten met een doodswens die het niet bespreekbaar durven te maken (Interview met 'de moeders' 2012). Uit de vele ervaringen die zij zelf hebben en de ervaringen van andere mensen blijkt volgens hen dat veel patiënten hun doodswens niet durven te uiten tegenover hun behandelaar, uit angst voor een gedwongen opname of een Rechterlijke Machtiging (Croonen & de Vries 2010). Wanneer levensbeëindiging een bespreekbaar onderwerp wordt in de behandelkamer van psychiaters, zullen deze patiënten niet meer in stilte hoeven te lijden.

Daarnaast vindt de voorzitter van de NVVE dat psychiaters erg optimistisch zijn over de behandel mogelijkheden (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012). Dit legt zij uit in het volgende voorbeeld:

En de psychiaters zijn naar mijn mening ongekend optimistisch over de behandel mogelijkheden. En dat is echt, als je dat vergelijkt met de somatiek, dat is echt onbegrijpelijk. Een psychiater gaat voor een kans van minder dan 1% gaat hij nog volop erin. Terwijl bijvoorbeeld een longarts bij bepaalde vormen van kanker waar 11% kans op genezing is, dat veel artsen zeggen dat de weg daarnaartoe zo zwaar is, dat je dat vaak niet eens als een echte kans ziet. Nou ja, dan zie je dus het verschil over hoe de beroepsopvatting van psychiaters is. (Interview met de voorzitter van de NVVE 2012)

Dit onderschrijft ook de beleidsadviseur van de KNMG. Hij vindt dat je als arts soms moet erkennen dat psychiatrische patiënten uitbehandeld kunnen zijn. Hij vindt dat er onder psychiaters meer discussie mag zijn hierover (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012).

Een andere reden waarom artsen een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt niet in wil willigen, ligt volgens P1 in angst en onzekerheid. Sommige artsen vinden het namelijk eng om euthanasie uit te voeren. Dit omdat je als psychiater diagnostiek en behandeling doet. Een psychiater moet dus goed het onderscheid kunnen maken tussen een oprechte doodswens en een doodswens vanuit het ziektebeeld (Interview met P1 2012). Dit is hierboven in paragraaf 5.2 al uitgewerkt.

Een volgende reden voor artsen om een euthanasieverzoek niet in te willigen heeft te maken met de overtuiging van de artsen. Als mensen een bepaalde religie of overtuiging hebben, zullen zij nooit instemmen met euthanasie, aldus P2 en de voorzitter van de NVVE (Interview met P2 2012)(Interview met de voorzitter van de NVVE 2012).

P3 denkt dat artsen het moeilijk vinden om over euthanasie te praten en om het uitvoeren door de geschiedenis van euthanasie en door hoe er over gedacht wordt in de publieke opinie en politiek (Interview met P3 2012). Dit hangt samen met wat Seale en Timmermans stellen. Zij stellen dat de maatschappij artsen autoriteit geven, maar zonder maatschappelijke steun kunnen artsen deze rol niet vervullen. Artsen zijn dus afhankelijk van de politiek en de maatschappij en zijn dus geen volledig autonome actoren (Seale 2010:213).

De wilsbekwaamheid kan ook een reden zijn voor artsen om huiverig te zijn om euthanasie uit te voeren bij psychiatrische patiënten. P3 denkt dat de angst voor wilsonbekwaamheid vooral een rol speelt bij huisartsen, omdat zij minder verstand hebben van wilsbekwaamheid dan psychiaters (Interview met P3 2012).

Een andere reden die P3 geeft is dat euthanasie raakt aan suïcidaliteit (Interview met P3 2012). Hierover zegt zij:

“En ik denk dat het feit dat psychiaters zo’n moeite daarmee hebben, inclusief ik, met het feit dat het zo raakt aan suïcidaliteit van een patiënt. Want dan hebben patiënten ook een doodswens, alleen bespreken ze die dan niet op een “nette” manier met de dokter, maar slaan ze de hand aan zichzelf. Maar bij euthanasie vragen ze dus eigenlijk aan de dokter om te doen, wat zij op dat moment niet zelf doen” (Interview met P3 2012).

P3 vindt de afgrenzing tussen suïcidaliteit en hulp bij zelfdoding klein, door de term hulp bij zelfdoding. Persoonlijk vindt zij suïcidaliteit en hulp bij zelfdoding twee verschillende zaken en daarom pleit zij er ook voor om de term hulp bij zelfdoding op te laten gaan in de term euthanasie (Interview met P3 2012).

Een laatste reden volgens P2 en P3, ligt in de reden dat artsen arts zijn geworden. Zij denken dat bepaalde artsen geen euthanasie willen uitvoeren, omdat zij vinden dat ze arts zijn geworden om mensen te helpen, in plaats van om mensen uit het leven te helpen (Interview met P3 2012). P3 verwoordt dit als volgt:

Ik ben niet het vak gaan leren met het idee dat ik ook mensen ga doodmaken. Mijn primaire taak zie ik als het leven van mensen die lijden aan een ernstig psychiatrische ziekte een tikkeltje te verbeteren. Of te maken dat ze het leven een tikkeltje beter aankunnen. Dus het druist in tegen mijn hulpverlenershart... Het druist in tegen... Totdat je dus gaat zien dat mensen als ze het echt uitzichtloos vinden, dan maar van het dak springen of voor een trein springen? (Interview met P3 2012)

Uit alle bovenstaande argumenten blijkt dat er dus ieder jaar nog vele psychiatrische patiënten zijn met een duurzame doodswens, die door psychiaters en huisartsen niet ingewilligd wordt. Volgens 'de moeders' is het belangrijk dat artsen en psychiaters het onderwerp euthanasie bespreken tijdens hun opleiding. Volgens 'de moeders' zou dit ervoor kunnen zorgen dat artsen en psychiaters gemakkelijker met een psychiatrische patiënt praten over euthanasie. Nu komt het onderwerp levensbeëindiging en euthanasie namelijk nog niet aan bod tijdens de opleiding tot arts en de opleiding tot psychiater. Dit is de reden dat zij een lesprogramma hebben ontwikkeld en dit hebben zij op 11 mei jongstleden aangeboden aan de KNMG, de NVVE en de NVvP. Dit lesprogramma bevat onder andere een nieuwe beslisboom aan de hand waarvan psychiaters stap voor stap een beslissing kunnen nemen in een euthanasietraject. Daarnaast bevat het een moreel beraad (Interview met 'de moeders' 2012). 'De moeders' omschrijven dit als volgt:

"Daarnaast hebben we een soort moreel beraad. Wat ze dus bij zichzelf kunnen kijken: als ik dit doe, wat dan. Als ik dit tegen kom, wat dan. Zeg maar de patiënt wil wel, maar de ouders of familieleden willen niet. Wat moeten we dan doen? Dus echt een stappenplan moreel beraad. Aan de hand waarvan ze heel veilig een afweging kunnen maken" (Interview met 'de moeders' 2012).

Een ander verplicht onderdeel van het lesprogramma is het lezen van de richtlijn van de NVvP en het lezen van het boek van 'de moeders'. Dit omdat zij denken dat psychiaters en artsen door de ervaringen uit het boek beseffen wat er gebeurd als de arts zich strikt houdt aan zijn eigen principes. Tot slot bevat het lesprogramma de hele juridische weg die een arts doorloopt wanneer hij in gaat op een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt. Deze juridische procedure is vastgelegd door een professor dokter in de rechten die zich verbonden heeft aan de Stichting Euthanasie in de Psychiatrie (Interview met 'de moeders' 2012). De beleidsadviseur van de KNMG betwijfelt of het lesprogramma de beoogde doelen

zal behalen. Hij vindt dat je beter ervoor kunt zorgen dat het debat op gang komt binnen de beroepsgroep psychiaters. Hij denkt dat rolmodellen de discussie meer vooruit helpt, dan wanneer je aan psychiaters op gaat dringen dat ze iets moeten vinden (Interview met de beleidsadviseur van de KNMG 2012). De geïnterviewde psychiaters geven echter allemaal aan dat zij geen idee hadden dat de wet er was en wat deze inhield, totdat ze ernaar gingen zoeken. Zo zegt P3 dat je ver in de stof moet zitten en dat je veel bereidheid moet hebben om de wet of de richtlijn van de NVvP erbij te pakken. Dit omdat de wet en de richtlijn van de NVvP niet echt praktisch zijn, aldus P3 (Interview met P3 2012).

Uit bovenstaande paragrafen blijkt dat de dilemma's in de psychiatrie met betrekking tot euthanasie hardnekkig zijn. De drie dilemma's zijn het maatschappelijk bespreekbaar maken van euthanasie bij psychiatrische patiënten, het toepassen van het criterium ondraaglijk en uitzichtloos lijden en de aarzeling van artsen om in de spreekkamer over euthanasie te praten. Ook is duidelijk geworden dat er nog geen eenduidige oplossing gevonden is voor de dilemma's. Deze dilemma's zijn zo hardnekkig omdat het gaat over een zeer kwetsbare groep patiënten.

6. Conclusie

Euthanasie in de psychiatrie is een veel besproken onderwerp, maar voor de betrokkenen is het een lastig onderwerp. Het doel van deze scriptie is dan ook het beschrijven van hoe het debat met betrekking tot euthanasie bij psychiatrische patiënten zich heeft ontwikkeld. Hierbij zijn de kwesties inzichtelijk gemaakt waar discussie over is bij euthanasie bij psychiatrische patiënten. In de inleiding is de volgende centrale vraag geformuleerd:

'Hoe heeft het debat in Nederland zich omtrent euthanasie bij psychiatrische patiënten ontwikkeld?'

Om deze vraag te beantwoorden is in bovenstaande analyse antwoord gegeven op de vier deelvragen. In deze conclusie zal aan de hand van de antwoorden op de vier deelvragen antwoord worden gegeven op de centrale vraag.

6.1 Politieke debat over euthanasie bij psychiatrische patiënten

De eerste deelvraag is *'Hoe heeft het politieke debat over euthanasie bij psychiatrische patiënten zich ontwikkeld?'*. Deze scriptie heeft laten zien dat euthanasie altijd al wel toegepast werd bij psychiatrische patiënten, net als bij somatisch zieke patiënten, maar dat hier vroeger niet veel ruchtbaarheid aan werd gegeven. In de publieke discussies over euthanasie die rond 1950 begonnen, werd in eerste instantie voornamelijk gesproken over euthanasie bij somatische patiënten. Vervolgens werd er gesproken over euthanasie bij wilsonbekwame patiënten, zoals pasgeborenen en psychiatrische patiënten. Meer recentelijk is de discussie verschoven tot patiënten die levensmoe zijn, al blijven ook euthanasie vraagstukken bij de andere groepen een terugkerend onderwerp van debat.

De aandacht voor de positie van wilsonbekwame patiënten is er altijd geweest, maar door de jaren heen is de discussie hierover opener van aard geworden. In vroege jurisprudentie werd al aangegeven dat euthanasie bij psychiatrische patiënten onder voorwaarden toegepast mag worden. Het is onduidelijk of de openlijke discussie ervoor gezorgd heeft dat euthanasie minder vaak toegepast werd bij psychiatrische patiënten, dan voor de open discussie. Uit cijfers blijkt wel dat euthanasie minder vaak toegepast zou worden bij psychiatrische patiënten. Echter, het kan ook zijn dat euthanasie bij psychiatrische patiënten vanaf dat moment minder openbaar gebeurde. Wel is te zien dat de politiek huiverig is om wetgeving te maken over euthanasie bij psychiatrische patiënten. De jurisprudentie lijkt voor te lopen op de politieke besluitvorming. Maar dit kan ook op een andere manier bekeken worden, namelijk dat politieke besluitvorming voortkomt uit jurisprudentie. Naar aanleiding van jurisprudentie komen politieke partijen met standpuntbepalingen. Zoals de historische beschrijvingen in deze scriptie hebben laten zien komen er wettelijke regelingen met

betrekking tot euthanasie tot stand, als reactie op maatschappelijke discussies en jurisprudentie.

6.2 Het debat over euthanasie bij wilsonbekwame patiënten binnen de medische professie

De tweede deelvraag luidt *'Hoe heeft het debat over euthanasie bij wilsonbekwame patiënten zich ontwikkeld binnen de medische professie?'*. Zoals uit dit onderzoek blijkt is euthanasie bij psychiatrische patiënten onder artsen controversieel. Het blijkt dat de maatschappij toleranter staat tegenover euthanasie bij psychiatrische patiënten dan artsen. Dit komt doordat er drie hoofdvragen spelen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten. De eerste vraag is of euthanasie wel gerechtvaardigd is bij een specifieke patiënt. Door middel van onder andere coping kan het gedrag van een patiënt namelijk veranderen en kan de euthanasiewens verdwijnen bij de specifieke patiënt. Daarnaast is het lastiger om bij een psychiatrische patiënt vast te stellen of deze ondraaglijk en uitzichtloos lijdt dan bij een somatische patiënt. Het tweede punt gaat over slippery slope. De vraag hierbij is of psychiatrische patiënten een echte doodswens hebben of dat zij zich gedwongen voelen om te vragen om euthanasie. Het kan namelijk zo zijn dat psychiatrische patiënten vinden dat zij moeten vragen om euthanasie, omdat zij vinden dat zij andere tot last zijn. De derde vraag gaat over het collectief versus het individueel falen van artsen. Artsen hebben het gevoel dat zij collectief falen, omdat er voor bepaalde psychiatrische patiënten geen adequate behandeling is. Ook hebben artsen het gevoel dat zij individueel falen, doordat zij de psychiatrische patiënt niet kunnen helpen om de euthanasiewens te laten verdwijnen. Wellicht zou een andere psychiater de patiënt wel hebben kunnen helpen. Hier is een duidelijk onderscheid met somatisch zieke patiënten waarbij de ziekte aantoonbaar aanwezig is en waarbij het vaak algemeen bekend is dat er (nog) geen adequate medische behandeling bestaat voor de betreffende aandoening. In de psychiatrie is dat lastiger en is de behandelaar zelf vaak een van de belangrijkste elementen in de behandeling. Als een patiënt om euthanasie vraagt kan dat worden ervaren als een falen van de individuele arts.

6.3 De rol van de media in de ontwikkeling van beleid rondom euthanasie

Deelvraag drie is *'Welke rol heeft de media gespeeld in de ontwikkeling van het beleid rondom euthanasie bij psychiatrische patiënten?'*. Dit onderzoek heeft laten zien dat de rol van de media tweeledig is. Allereerst zorgt de media ervoor dat de discussies over euthanasie bij psychiatrische patiënten onder de aandacht gebracht worden van de politiek, van de maatschappij en van de artsen. De media bericht hiertoe over jurisprudentie en wetgeving. Daarnaast is de media de spreekbuis van de maatschappij, van de medische beroepsgroep en van het ministerie van VWS. Door middel van de media proberen sociale belanghebbenden aandacht te krijgen voor euthanasie bij psychiatrische patiënten. De media wordt voornamelijk ingezet door de sociale belanghebbenden om de maatschappij, de

politiek en de artsen toleranter te laten worden ten opzichte van euthanasie bij psychiatrische patiënten. Daarnaast gebruikt het ministerie van VWS de media om veranderde wetgeving kenbaar te maken. Tot slot gebruikt de medische beroepsgroep de media om hun standpunt duidelijk te maken en om hier draagvlak voor te krijgen onder de maatschappij, de sociaal belanghebbenden, de politiek en de eigen achterban.

Er is wel een verschuiving te zien in de media. Eerst werd er in de media gesproken over euthanasie bij somatische patiënten. Vervolgens werd er voornamelijk gesproken over euthanasie bij wilsonbekwame patiënten, zoals pasgeborenen en psychiatrische patiënten. Meer recentelijk is de discussie in de media verschoven naar patiënten die levensmoe zijn. Op dit moment proberen de sociaal belanghebbenden de discussie over euthanasie bij psychiatrische patiënten ook nog onder de aandacht te brengen.

6.4 De invloed van sociale bewegingen op de ontwikkeling van beleid over euthanasie

Tot slot luidde deelvraag vier *'Welke invloed hebben de patiëntenorganisaties en de sociale bewegingen gehad in de ontwikkeling van het beleid rondom euthanasie bij psychiatrische patiënten?'*. Zoals deze scriptie heeft uitgewezen is de invloed van de sociale bewegingen op de discussie over euthanasie bij psychiatrische patiënten lastig te bepalen. Te zien is dat de sociale bewegingen proberen om de discussie aan te wakkeren. Het lijkt alsof de KNMG reageert op de sociale bewegingen, maar het is lastig om te bepalen of de sociale beweging de directe aanleiding is voor de KNMG om een standpunt in te nemen en uit te brengen. Wel is te zien dat de sociale bewegingen de media gebruiken als spreekbuis om tolerantie op te wekken ten opzichte van euthanasie bij psychiatrische patiënten. De discussie in de media over euthanasie richt zich de laatste jaren voornamelijk op patiënten die levensmoe zijn. De sociale bewegingen zijn ook de laatste jaren er echter nog steeds erg actief mee bezig om euthanasie bij psychiatrische patiënten meer bespreekbaar te maken. Zij stellen dat het bij de wet mag, maar dat euthanasie bij psychiatrische patiënten in de praktijk nog te weinig wordt toegepast. Een voorbeeld hierbij zijn 'de moeders'. Zij zijn de laatste jaren actief bezig om euthanasie bij psychiatrische patiënten meer bespreekbaar te maken onder artsen en de maatschappij. Dit omdat zij zelf hebben ervaren dat euthanasie bij psychiatrische patiënten een precair onderwerp is. Zij hebben namelijk beiden een kind met een psychiatrische aandoening verloren doordat deze zelfmoord gepleegd hebben. Om dit leed voor andere ouders te verminderen, zijn zij nu onder andere bezig met het opnemen van het onderwerp euthanasie in de opleiding tot psychiater.

7. Discussie

In deze discussie zal gekeken worden naar de beperkingen van dit onderzoek. Daarna zal de waarde van dit onderzoek worden weergegeven. Tot slot zullen er enkele aanbevelingen gedaan worden voor verder onderzoek.

Zoals reeds aangegeven in het hoofdstuk drie is het erg lastig gebleken om verpleegkundigen, artsen of psychiaters te vinden die mee wilden werken aan dit onderzoek. Verschillende overkoepelende artsorganisaties en verpleegkundigenorganisaties zijn aangeschreven. De respons was echter laag. Enkele organisaties hebben aangegeven niet mee te kunnen werken aan dit onderzoek in verband met de privacy van artsen, verpleegkundigen en patiënten. De KNMG heeft een oproep geplaatst op de eigen pagina, maar hier is geen respons op gekomen. Uiteindelijk zijn er via de Steungroep Psychiaters drie artsen bereid gevonden om mee te werken aan dit onderzoek. Dit zorgt meteen voor de volgende kanttekening. De drie psychiaters die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek, hebben allen onder bepaalde omstandigheden meegewerkt aan een euthanasieverzoek van een psychiatrische patiënt. Gezien de euthanasie cijfers bij psychiatrische patiënten, blijkt dat dit een tolerante groep psychiaters is. De respondenten zijn dus geen getrouwe afspiegeling van de werkelijkheid. Hierdoor neemt de betrouwbaarheid van het onderzoek af.

Het is gebleken dat euthanasie een onderwerp is waar aan de ene kant de kranten en vakbladen vol mee staan, maar wat voor de direct betrokkenen een lastig onderwerp is om over te praten. Het is heel precair. Dit blijkt in de psychiatrie nog meer zo te zijn dan in de somatische zorg. Dit geldt natuurlijk niet voor de social movement actoren. Dit is de tweede beperking van dit onderzoek. De sociale bewegingen geven zelf aan dat hun rol in de discussie over euthanasie bij psychiatrische patiënten groot is en dat zij een belangrijke rol gespeeld hebben in de opstelling van het beleid. De vraag is echter hoe groot deze rol werkelijk is. Het is namelijk erg lastig om te bepalen of beleid is opgesteld naar aanleiding van oproepen van sociale actoren of dat het beleid op dat moment toch al opgesteld zou worden.

De waarde van dit onderzoek is dat door dit onderzoek inzicht is gegeven in het verloop van de discussie over euthanasie bij psychiatrische patiënten. Een dergelijk verloop door de jaren heen was er nog niet en dit onderzoek biedt inzicht in het verloop van het beleid over euthanasie bij psychiatrische patiënten.

De waarde van dit onderzoek bestaat daarnaast uit het uitdiepen van de dilemma's die spelen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten. Uit dit onderzoek zijn drie dilemma's naar voren gekomen die spelen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten. Dit is waardevol omdat sociale bewegingen en artsenorganisaties nu weten wat er speelt in onder artsen. Met deze wetenschap kan ingezet worden op een verbetering van de positie van de psychiatrische patiënt met betrekking tot euthanasie. Daarnaast is dit waardevol omdat het de complexiteit van de psychiatrische zorg van alledag mooi laat zien. Tot slot is dit onderzoek waardevol omdat het de complexiteit van de discussie over euthanasie bij psychiatrische patiënten weergeeft.

Er zijn drie aanbevelingen voor verder onderzoek. De eerste aanbeveling voor verder onderzoek is een onderzoek naar de dilemma's die spelen bij euthanasie bij psychiatrische patiënten onder psychiaters die vinden dat euthanasie niet mogelijk moet zijn bij psychiatrische patiënten. De groep tegenstanders van euthanasie bij psychiatrische patiënten is in dit onderzoek namelijk buiten beschouwing gebleven, om eerder genoemde reden van non-respons.

Een tweede aanbeveling voor verder onderzoek is een soortgelijk onderzoek als deze, bij een grotere groep psychiaters. Graag had ik zelf meer psychiaters willen spreken om de resultaten te controleren, maar zoals eerder benoemd is het erg lastig gebleken om artsen bereid te vinden om mee te werken aan dit onderzoek.

Een laatste aanbeveling voor verder onderzoek is een internationale vergelijking. In dit onderzoek is onder andere gesproken over België. In België is dezelfde wetgeving omtrent euthanasie als in Nederland, toch wordt in België veel vaker euthanasie verleend aan een psychiatrische patiënt. Ook enkele andere landen hebben wetgeving welke mogelijkheden biedt voor euthanasie bij psychiatrische patiënten. In verder onderzoek zou onderzocht kunnen worden hoe het komt dat er verschillen zijn tussen landen wat betreft het aantal ingewilligde euthanasieverzoeken bij psychiatrische patiënten.

Literatuurlijst

- (Answers Corporation). 2011. *In what countries is euthanasia legal?* [Internet]. Answers Corporation, 04-02-2011 [aangehaald op 10-10-2011]. Bereikbaar op http://wiki.answers.com/Q/In_what_countries_is_euthanasia_legal
- Bartelsman, M. 2011. *Stijging euthanasie bij dementie* [Internet]. Nieuwsuur, 25-06-2011 [aangehaald op 26-10-2011]. Bereikbaar op <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/250628-stijging-euthanasie-bij-dementie.html>
- Berwaerts, F. 2008. 'Autonomie en euthanasie bij psychisch lijden'. *PsychoPraxis* 10(3):99-104.
- Boeije, H. 2005. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom uitgevers.
- Borst, E. 2010. *Els Borst over euthanasie, dementie en psychiatrie* [Internet]. Uitburgeren, 17-06-2010 [aangehaald op 11-01-2012]. Bereikbaar op http://www.uitburgeren.nu/index.php?option=com_content&view=article&id=398:els-borst-over-euthanasie-dementie-en-psychiatrie&catid=34:zelfgekozen-levenseinde&Itemid=57
- Camps, H. 2010. *De dood blijft iets overweldigends* [Weekblad]. Elsevier, 06-03-2010.
- Cotterell, V. 1993. *Procureur wil norm voor hulp bij zelfdoding* [Dagblad]. Het Parool, 12-05-1993.
- Croonen, J. & C. de Vries. 2010. *De strijd voorbij*. Veghel: Uitgeverij Libra & Libris.
- Effting, M. *Voor het eerst in Nederland euthanasie op zwaar dementerende patiënt* [Dagblad]. Volkskrant, 09-11-2011.
- Evrengün, H. 2011. *De geschiedenis van euthanasie* [Documentaire]. Andere Tijden, 16-04-2011.
- Groenewoud, J.H. et al. 1997. 'Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands'. *The New England journal of medicine* 336(25):1795-1801.
- Groenewoud, J.H. et al. 2000. 'Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands'. *The New England journal of medicine* 342(8):551-556.
- Hartogh, G.A. den. 2002. 'Regulering van euthanasie en hulp bij suicide: hoe succesvol is het Nederlandse model?'. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 26:77-89.
- Hedde, M. ter. et al. 2003. *Ethische kwesties rond euthanasie*. Twente: Universiteit van Twente.
- Heide, A. van der. Et al. 2007. 'End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act'. *The new England journal of medicine* 356(19):1957-1965.

- Hertogh, C. 2006. 'Dementie sluit praten over euthanasie niet uit'. *Medisch Contact* 61(1):15-17.
- Hoogerkamp, G. 1992. *Euthanasie op het Binnenhof*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.
- (Humanistisch Verbond). 2008. *Een waardig levenseinde* [Internet]. Humanistisch Verbond, 24-06-2008 [aangehaald op 11-01-2012]. Bereikbaar op <http://www.humanistischverbond.nl/dossiers/levenseinde>
- Kerkhof, A. & B. van Luyn. 2010. *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Staffleu van Loghum.
- KNMG. 2005. *Begrippen en zorgvuldigheidseisen rond het levenseinde*. Utrecht: Domus Medica.
- KNMG. 2011. *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. Amsterdam: Opmaak buro-Lamp.
- Lepeleire, J. de. et al. 2009. 'Euthanasie bij personen met dementie: reflecties van artsen'. *Tijdschrift voor geneeskunde* 65(14-15):666-671.
- Looijenga, L. 2001. *Over de drempel*. Ruinen: Bariet.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2007. *Kabinetsstandpunt op de evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet)*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2010. *Euthanasie, de nieuwe regels in Nederland*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2010. *Euthanasie: zorgvuldig van begin tot einde*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Mistrat Haarhuis, J. 2007. 'Euthanasie in de geestelijke gezondheidszorg'. *Onderwijs en gezondheidszorg* 31:236-239.
- (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde). 1975. 'Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde'. *Binnenland* 119(23):940.
- Nevis, J.S. et al. 2008. *Psychiatrie, een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux. [1987].
- (NVVE). 2011. *Euthanasiewet* [Internet]. NVVE, 01-04-2002 [aangehaald op 27-09-2011]. Bereikbaar op <http://www.nvve.nl/nvve2/pagina.asp?pagkey=71892>
- NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding. 2004. *Richtlijn hulp bij zelfdoding*. Utrecht: de Tijdstroom.
- NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding. 2009. *Richtlijn hulp bij zelfdoding*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Oei, T.I. & M.S. Groenhuijsen. 2003. *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*. Amsterdam: Kluwer.

- Peters, M.H.A. 2010. *Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie* [Internet]. Tijdschrift voor Psychiatrie, 01-04-2010 [aangehaald op 08-05-2012]. Bereikbaar op <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/423/articles/7668>
- (Psy). 2010. *Levensindekliniek moet psychiatrische patiënten bijstaan* [Internet]. Psy, 12-08-2010 [aangehaald op 14-12-2011]. Bereikbaar op <http://www.psy.nl/meer-nieuws/nieuwsbericht/article/levensindekliniek-moet-psychiatrische-patienten-bijstaan/>
- (Psy). 2008. *Psychiaters huiverig voor euthanasie wens* [Internet]. Psy, 05-10-2011 [aangehaald op 06-10-2011]. Bereikbaar op <http://www.psy.nl/meer-nieuws/nieuwsbericht/article/psychiaters-huiverig-voor-euthanasiewens//>
- (Regionale toetsingscommissies euthanasie). 2011. *Regionale toetsingscommissies euthanasie* [Internet]. Regionale toetsingscommissies euthanasie, 10-06-2011 [aangehaald op 01-10-2011]. Bereikbaar op <http://www.euthanasiecommissie.nl/>
- Santen, M. van. 2010. *17 vragen over euthanasie* [Internet]. PlusOnline, 23-02-2010 [aangehaald op 17-10-2011]. Bereikbaar op <http://gezondheid.plusonline.nl/medisch/artikelen/2572/17-vragen-over-euthanasie>
- Seale, C. 2010. *Death, dying, and the right to die*. Nashville: Vanderbilt University Press. [1963]
- (Steungroep Psychiaters). 2011. *Over ons* [Internet]. Steungroep Psychiaters, 05-08-2011 [aangehaald op 08-05-2012]. Bereikbaar op http://www.steungroeppsychiaters.nl/?page_id=5
- (Stichting Medische Ethiek). 2012. *Welkom bij de Stichting Medische Ethiek!* [Internet]. Stichting Medische Ethiek, 14-05-2012 [aangehaald op 24-05-2012]. Bereikbaar op <http://www.medische-ethiek.nl/>
- Timmermans, S. 2007. *Postmortem*. Chicago: The university of chicago press. [2006]
- (Trouw). 1992. *Deskundigen: voorbeeld van zorgvuldigheid* [Dagblad]. Trouw, 14-02-1992.
- Waard, H. de. 2009. 'Hulp bij zelfdoding kan geen onderdeel van palliatieve zorg zijn'. *Pallium* (3):16-17.
- Wetering, C. van de. 2000. *Rechtszaken* [Internet]. NRC Webpagina's, 23-11-2000 [aangehaald op 10-11-2011]. Bereikbaar op <http://retro.nrc.nl/W2/Lab/Profiel/Euthanasie/rechtszaken.html>
- (Wetten). 2011. *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* [Internet]. Wetten overheid, 10-10-2011 [aangehaald op 10-10-2011]. Bereikbaar op http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_10-10-2011/informatie
- Weyers, H.A.M. 2002. *Euthanasie: het proces van rechtsverandering*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

- Wiersma, J. 2010. *6.081 drama's op de rails* [Weekblad]. Elsevier, 17-04-2010.
- Wind, A.W. et al. 2002. 'Euthanasie bij dementie'. *Medisch Contact* 46.
- Verhagen, A.A.E. et al. 2007. 'Uitzichtloos en ondraaglijk lijden en actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151:1474-1477.
- Vermeulen, F. 1993. *Psychiater wordt vervolgd wegens hulp bij zelfdoding* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 05-04-1993.
- Visser, J. 2009. 'Euthanasie bij beginnende dementie'. *Medisch Contact* 64(33-34):1372-1375.
- Vries, C. de & J. Croonen. 2010. *Even voorstellen* [Internet]. Euthanasie in de psychiatrie, 15-10-2010 [aangehaald op 14-11-2011]. Bereikbaar op http://euthanasieindepsychiatrie.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=6
- Vries, C. de & J. Croonen. 2011. *Ons doel* [Internet]. Euthanasie in de psychiatrie, 18-09-2011 [aangehaald op 06-10-2011]. Bereikbaar op http://www.euthanasieindepsychiatrie.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=7

Bijlage 1: respondenten

29-02-2012: Interview met Petra de Jong. Zij is de voorzitter van de NVVE.

14-05-2012: Interview met Jeannette Croonen en Carine de Vries. Zij zijn de oprichters van de stichting Euthanasie in de Psychiatrie.

03-04-2012: Interview met Eric van Wijlick. Hij is beleidsadviseur bij de KNMG.

10-04-2012: Interview met P1: Lia Verlinde. Zij is psychiater te Altrecht GGZ.

11-04-2012: Interview met P2: Jorge Moctezuma. Hij is psychiater te GGZ InGeest.

11-04-2012: Interview met P3: Leny van Dalen. Zij is psychiater te stichting Geriant.

Schuingedrukt nog verwijderen!

Bijlage 2: referenties tijdschriften- en krantenanalyse

Medisch Contact:

- (Anoniem). 1955. 'Hoofdstukken uit Medische Ethiek'. *Medisch Contact* 10(31):522-534.
- (Anoniem). 1967. 'Televisie wijdt tweede uitzending aan abortus provocatus'. *Medisch Contact* 22(33):745-749.
- (Anoniem). 1968. 'Varia'. *Medisch Contact* 23(12):339-340.
- (Anoniem). 1972. 'Raad van hervormde kerk acht passieve euthanasie ethisch verantwoord'. *Medisch Contact* 27(8):198.
- (Anoniem). 1973. 'De rechter en euthanasie'. *Medisch Contact* 28(13):373.
- (Anoniem). 1975. 'Euthanasie bij pasgeborenen'. *Medisch Contact* 30(46):1466.
- (Medisch Contact). 1977. 'Politieke partijen over gezondheidszorg'. *Medisch Contact* 32(20):627-633.
- (Anoniem). 1980. 'Euthanasie en zelfdoding'. *Medisch Contact* 35(28):847.
- (Anoniem). 1980. 'Verantwoorde euthanasie'. *Medisch Contact* 35(43):1331.
- (Anoniem). 1981. 'Politieke partijen over gezondheidszorg'. *Medisch Contact* 36(21):633-637.
- (Anoniem). 1981. 'Euthanasie'. *Medisch Contact* 36(50):1535.
- (Anoniem). 1985. 'Stichting Vrijwillige Euthanasie opgeheven'. *Medisch Contact* 40(16):477.
- (Anoniem). 1985. 'MC'. *Medisch Contact* 40(35):1049.
- (Anoniem). 1985. 'KNMG-leden en euthanasie'. *Medisch Contact* 40(35):1052.
- (Anoniem). 1992. 'Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënte'. *Medisch Contact* 47(48):1429.
- (Anoniem). 1992. 'Aanbevelingen van de NVvP'. *Medisch Contact* 47(51):1537.
- (Anoniem). 1993. 'Wetsvoorstel experimenten met embryo's'. *Medisch Contact* 48(7):205.
- (Anoniem). 2002. 'Hulp bij zelfdoding'. *Medisch Contact* 57(5).
- (Anoniem). 2003. 'KNMG: Aanpassing Meldingsprocedures levensbeëindigend handelen'. *Medisch Contact* 58(4).
- (Anoniem). 2008. 'KNMG: Over de grenzen van het medisch handelen'. *Medisch Contact* 63(31/32):1329.
- (Anoniem). 2009. 'Nieuw modelverslag euthanasie van kracht'. *Medisch Contact* 64(22):1006.

- (ARGO/NCG). 1998. 'Volksgezondheid in de verkiezingsprogramma's'. *Medisch Contact* 53(1):23-24.
- Beek, A. 1952. 'Verzuimde berichtgeving'. *Medisch Contact* 7(19):299.
- Broersen, S. 2010. *Levensindekliniek in Nederland* [Internet]. Medisch Contact, 05-08-2010 [aangehaald op 15-03-2012]. Bereikbaar op <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/archief-6/Tijdschriftartikel/82211/Levensindekliniek-in-Nederland.htm>
- (Commissie Medische Ethiek Gezondheidsraad). 1973. 'Euthanasie-rapport'. *Medisch Contact* 28(10):283-287.
- (Congres te Nijmegen). 1971. 'Juridische problemen in en rond het ziekenhuis'. *Medisch Contact* 26(20):549-551.
- Crommentuyn, R. 'Van wie is het levenseinde?'. *Medisch Contact* 66(45):2737.
- Croonen, H. 2011. 'Zelden euthanasie bij niet-somatische ziekte'. *Medisch Contact* 66(4):182.
- Crul, B.V.M. & J. Legemaate. 2003. 'Uitspraak Hoge Raad, de zaak-Brongersma'. *Medisch Contact* 58(4).
- Dijk, G. van. 2008. 'KNMG: lijden: discussie over de grenzen van het medisch handelen'. *Medisch Contact* 63(48):2024-2025.
- Dillman, R.J.M. 1993. 'Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten'. *Medisch Contact* 48(47):1470-1474.
- Dillman, R.J.M. 1993. 'Ethiek in de medische praktijk'. *Medisch Contact* 49(17):581-583.
- Feber, H.R.G. 1987. 'De Terpzaak: een toelichting'. *Medisch Contact* 42(7):199-202.
- Hagenouw, R.G.P. 1999. 'Wetsvoorstel toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding'. *Medisch Contact* 54(42):1452-1453.
- Hoekstra, M. 2011. 'Ervaring met patiënten die bewust stoppen met eten en drinken?'. *Medisch Contact* 66(10):634.
- Hulst, L.A. 1953. 'De world medical association'. *Medisch Contact* 8(33):504-508.
- IJsselmuiden, T.J.J. 1975. 'Een revalidatieve benadering'. *Medisch Contact* 30(5):129-132.
- Iwema Bakker, E. 1990. 'Richtlijnen meldingsprocedure euthanasie en hulp bij zelfdoding'. *Medisch Contact* 45(47):1396.
- Kastelein, W.R. & C. Spreeuwenberg. 1990. 'Hulp bij zelfdoding psychiatrische patiënt'. *Medisch Contact* 45(44):1313-1314.
- Kastelein, W.R. & C. Spreeuwenberg. 1990. 'Hulp bij zelfdoding bij ondraaglijk en uitzichtloos lijden vanwege een niet somatische oorzaak niet zonder meer onaanvaardbaar'. *Medisch Contact* 49(27-28):916-918.

- Kooyman, F.C. 1959. 'Reanimatie, aanwinst, probleem en opgave'. *Medisch Contact* 14(29):441-444.
- Kooyman, F.C. 1960. 'Reanimatie'. *Medisch Contact* 15(14):186-187.
- Lange, S.A. de. 1964. 'Medische en ethische problemen rondom de reanimatie'. *Medisch Contact* 19(8):117-120.
- Leenen, H.J.J. 1993. 'Ernstig demente patiënten'. *Medisch Contact* 48(47):1463.
- Legemaate, J. 1998. 'De nieuwe meldingsprocedure euthanasie'. *Medisch Contact* 53(21):715-719.
- Leuftink, A.E. 1973. 'Besluiten genomen door de 161^{ste} Algemene Vergadering d.d. 28 april 1973'. *Medisch Contact* 28(19):586-588.
- Maas, P.J. 1991. 'Medische beslissingen rond het levenseinde'. *Medisch Contact* 46(37):1070-1073.
- Offerhaus, R.E. 1980. 'Ondubbelzinnige uitspraken'. *Medisch Contact* 35(5):150-151.
- Pranger, D. 1993. 'De morele aanvaardbaarheid van het beëindigen van kunstmatige toediening van voeding en vocht aan patiënten in een aanhoudend vegeterende toestand'. *Medisch Contact* 48(47):1498-1500.
- Prick, J.J. 1969. 'De medische ethiek met betrekking tot de nieuwste ontwikkelingen in de geneeskunde'. *Medisch Contact* 24(4):83-85.
- Pronk, E. 2011. *KNMG tegen levenseindekliniek* [Internet]. *Medisch Contact*, 20-01-2011 [aangehaald op 15-03-2012]. Bereikbaar op <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/archief-6/Tijdschriftartikel/90496/KNMG-tegen-levenseindekliniek-1.htm>
- (Redactie).1952. 'Twee opmerkingen naar aanleiding van het ingezonden stuk van dr. A Beek'. *Medisch Contact* 7(19):288.
- (Redactie). 1973. 'Redactioneel'. *Medisch Contact* 28(2):34-35.
- (Redactie). 1975. 'Euthanasie'. *Medisch Contact* 30(1):3.
- (Redactie). 1975. 'Spina bifida aperta'. *Medisch Contact* 30(5):123.
- Ree, F. 1983. 'Euthanasie en hulp bij zelfdoding in een psychiatrisch ziekenhuis'. *Medisch Contact* 38(25):749-753.
- Ree, F. 1983. 'Euthanasie en hulp bij zelfdoding in een psychiatrisch ziekenhuis'. *Medisch Contact* 38(26):796-797.
- Rombach, R. 1981. 'Problemen rond euthanasie'. *Medisch Contact* 36(50):1539-1540.
- Sanders, K. 1973. 'Het euthanasievraagstuk'. *Medisch Contact* 28(24):714-715.
- Secretariaat KNMG. 1993. 'Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten'. *Medisch Contact* 48(11):341.
- Sluis, I. 1987. 'De natuur een handje helpen'. *Medisch Contact* 42(15):467-468.

- Sluyterman, A.E.S. 1950. 'Euthanasie'. *Medisch Contact* 5(12):201-205.
- Sporken, C.P. 1969. 'Medische ethiek als Cultuurkritiek'. *Medisch Contact* 24(51/52):1431-1434.
- Spreeuwenberg, C. 1991. 'Geen euthanasie bij psychiatrie?'. *Medisch Contact* 46(25):771.
- Spreeuwenberg, C. & J. Legemaate. 1993. 'Hulp bij zelfdoding psychiatrische patiënte'. *Medisch Contact* 48(44):1377-1381.
- Spreeuwenberg, C. & J. Legemaate. 2001. 'De relatie tussen lijden en ziekte'. *Medisch Contact* 56(45).
- Tholen, A.J. 2003. 'Levensbeëindiging en psychisch lijden'. *Medisch Contact* 58(2).
- Till-d'Aulnis de Bourouill, H.A.H. van. 1976. 'Wie geeft antwoord?'. *Medisch Contact* 31(50):1558.
- Venrooij, T. van. 2011. 'VWS: Levensindekliniek mag'. *Medisch Contact* 66(49):3011.
- Wal, G. van der. et al. 1994. 'Weigeren van euthanasie'. *Medisch Contact* 49(40):1240-1242.
- (Werkgroep Euthanasie). 1975. 'Discussienota van de Werkgroep Euthanasie'. *Medisch Contact* 30(1):7-16.
- Wijlick, E. van & G. van Dijk. 2009. 'Misverstanden rond euthanasie'. *Medisch Contact* 64(36):1498-1501.
- Zeben, W. van. 1975. 'De behandeling van pasgeborenen met spina bifida aperta'. *Medisch Contact* 30(6):153-155.

Kranten:

- 1992. *Deskundigen: voorbeeld van zorgvuldigheid* [Dagblad]. Trouw, 14-02-1992.
- 1994. *Verzet tegen euthanasie bij geestesnood* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 21-05-1994.
- 1994. *Psychiater niet gestraft Hoge Raad duidelijk over euthanasie bij geestelijk lijden* [Dagblad]. Trouw, 23-06-1994.
- 1996. *Bijna alle ziekenhuizen gedogen euthanasie* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 15-02-1996.
- 1996. *Psychiaters bepleiten een eigen rol bij beslissing euthanasie* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 27-08-1996.
- 1996. *Ziekenhuispsychiaters willen grotere rol bij euthanasie* [Dagblad]. Trouw, 27-08-1996.
- 1996. *Euthanasie toegestaan in bijna alle ziekenhuizen* [Dagblad]. Algemeen Dagblad, 15-02-1996.

- 1997. *Psychiater: vaak geen hulp bij zelfdoding* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 18-11-1997.
- 2007. *Actualiteiten* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 28-11-2007.
- 2008. *Euthanasie* [Dagblad]. Parool, 01-11-2008.
- 2009. *Een goede dood* [Dagblad]. De Volkskrant, 11-04-2009.
- Borg, M.B. ter. 1995. *Twee weken geleden was ik te gast* [Dagblad]. Trouw, 25-03-1995.
- Brouw, W. op den. 1995. *Tuchtcollege toetst alle aspecten 'Chabot'* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 18-01-1995.
- Chavannes, M. 1992. *Emancipeert de dood?* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 24-06-1992.
- Cotterell, V. 1995. *Debat rond Chabot duurt voort* [Dagblad]. Het Parool, 18-01-1995.
- Dantzig, A. van. et al. 1995. *Wij zijn van mening* [Dagblad]. Trouw, 29-04-1995.
- Dunning, A.J. 1995. *Weerlozen in het land van Beethoven en Goethe* [Dagblad]. NRC Handelsblad. 25-03-1995.
- Houwelingen, K. 2009. *Beter dan een sprong voor de trein* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 25-11-2009.
- Jungschleger, I. 1999. *Demente patiënt was ziek genoeg om niet meer te willen* [Dagblad]. De Volkskrant, 12-06-1999.
- Karadarevic, A. 2010. *Wat als je dood wilt* [Dagblad]. Volkskrant, 11-01-2010.
- Nolen, W. 1991. *Hulp geboden bij euthanasie psychiatrische patiënten* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 24-06-1991.
- Schilder, A. 1994. *Hulp bij dood* [Dagblad]. Trouw, 27-04-1994.
- Schipper, A. 1994. *Een arts, een patiënt en een 'reëel behandelperspectief* [Dagblad]. Trouw, 11-06-1994.
- Schreuder, A. 1996. *Euthanasie kan iets heel moois zijn* [Dagblad]. NRC Handelsblad, 27-11-1996.
- Smit, F. 2007. *Actualiteiten* [Dagblad]. De Volkskrant, 28-11-2007.
- Strasser, D. 1994. *De arrogantie van het medisch denken* [Dagblad]. Trouw, 03-11-1994.

Zorg + Welzijn:

- Stam, C. 2010. 'Het taboe op de dood is hardnekkig'. *Zorg + Welzijn* (3).

Zorgvisie:

- Gibbels, M. 2003. 'Vergelijk en kies'. *Zorgvisie* 33(1):17-21.