



Euthanasie en suïcidaliteit

Bij euthanasie of hulp bij zelfdoding faciliteert een arts een patiënt bij het uitvoeren van een zelfgekozen dood. Tegelijk willen we in de GGZ suïcidale patiënten beschermen voor een zelfgekozen dood. Suïcidaal gedrag komt veel voor en is een complex probleem. In Nederland hebben naar schatting jaarlijks 410.000 mensen gedachten over suïcide. 94.000 mensen doen een suïcidepoging.¹ In 2020 werden 88 patiënten geëuthanaseerd op basis van een psychiatrische aandoening.² Wat zijn globaal de verschillen en overeenkomsten tussen suïcidaal gedrag en het uiten van een wens tot euthanasie? Dit artikel spitst zich bij het beantwoorden van deze vragen toe op patiënten in de GGZ die om euthanasie vragen, of zich suïcidaal uiten.

ROBERT MEIJBURG, verpleegkundig specialist GGZ, opleider VS-GGZ, Parnassia Groep

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- bent u globaal op de hoogte van een aantal juridische, klinische en ethische overeenkomsten en verschillen rondom hulp bij zelfdoding/ euthanasie en suïcide;
- kent u de belangrijkste verschillen en overeenkomsten tussen uitingsvormen van suïcidaliteit, rouw en een consistente euthanasiewens;
- herkent u de verwevenheid van thema's bij mensen met suïcidale uitingen en een euthanasiewens;
- kunt u als verpleegkundig specialist uw leiderschap inzetten om de kennis en betrokkenheid van uw directe collega's met betrekking tot euthanasie te vergroten.

TREFWOORDEN

uitingsvormen suïcidaliteit, euthanasie, GGZ

1 STUDIEPUNT

In complexe behandelsituaties wordt op klinische expertise gerekend van de verpleegkundige of verpleegkundig specialist GGZ. Van een VS-GGZ wordt in zulke situaties ook klinisch leiderschap verwacht. Dit artikel biedt ondersteuning om bij complexe vragen rondom een voorgenomen zelfgekozen levenseinde een aantal keuzes te maken in het behandelproces.

Hoewel het onderscheid tussen een suïcidale uiting en een vraag om euthanasie soms lastig vast te stellen is,

mag een patiënt er te allen tijde van uitgaan dat een verpleegkundige zich rekenschap geeft van onze Beroepscode. We stellen de, soms nog onduidelijke, hulpvraag centraal en dragen met een empathische bejegening bij aan een goed behandelklimaat en een veilige zorgverlening.

Casus Sofie

Sofie (37 jaar) heeft haar vader nooit gekend, haar verslaafde moeder suïcideert zich als Sofie 4 jaar oud is. Vanaf haar geboorte verblijft Sofie in verschillende pleeggezinnen. Sofie wordt, 14 jaar oud, verkracht door een klasgenoot. Vanaf haar vijftiende jaar gebruikt ze drugs, vanaf haar zestiende jaar wordt ze door een loverboy gedwongen tot prostitutie. Na diverse contacten met de zedenpolitie en vanwege winkeldiefstallen wordt ze op 16-jarige leeftijd in een gesloten inrichting geplaatst en behandeld voor haar verslaving en jeugdtrauma's.

Sofie woont nu sinds drie jaar in een beschermde woonvorm. Hier mag ze, mits ze geen overlast veroorzaakt, drugs gebruiken. Sofie automutileert regelmatig en heeft zeven maanden geleden voor het laatst een suïcidepoging gedaan. Hierna is ze met een zorgmachtiging opgenomen op een dubbel-diagnoseafdeling. Nadat ze twee maanden clean is wordt een

start gemaakt met traumabehandeling. Twee weken voor haar ontslag heeft ze een aantal keren aangegeven dat ze, als ze weer terugvalt in drugsgebruik, euthanasie wil. Ze wil niet meer vechten tegen alle demonen in haar hoofd die de verslaving met zich meebrengt. Eenmaal terug in de beschermde woonvorm gebruikt ze vrijwel dagelijks. Mede hierdoor raakt ze haar vrijwilligerswerk bij een bloemenwinkel kwijt. Sofie maakt een verdrietige en verslagen indruk en lijkt de grip op haar leven kwijt te zijn. Ze verzorgt zichzelf nauwelijks meer en doet geen moeite om dit te verbergen. Sofie heeft de balans van haar leven opgemaakt. Ze denkt altijd verslaafd te blijven en dat vindt ze ondraaglijk. Ze wil euthanasie en is hier al twee maanden vasthoudend in. Ze is bereid om mee te werken aan een euthanasietraject, maar ze houdt de optie open om, als ze geen euthanasie krijgt, zelf een einde aan haar leven te maken.

Net als Sofie zoeken sommige GGZ-patiënten naar de zekerheid dat ze kunnen en mogen sterven. Anders dan bij een suïcidepoging hoeven ze met euthanasie niet bang te zijn voor een traumatisch einde, pijn, of het risico dat de suïcide niet slaagt.³ Sofie staat symbool voor veel patiënten in de GGZ die te maken hebben (gehad) met verlieservaringen. Na het krijgen van een ernstige psychiatrische ziekte hebben toekomstdromen en verlangens hun vroegere vanzelfsprekendheid veelal verloren... Men vraagt zich af of dromen ooit nog uitkomen... Veel patiënten voelen zich aan de zijlijn staan.⁴ Soms lukt het niet om tot een mate van acceptatie te komen. Soms zien we mensen die apathisch en murw zijn. Anderen overwegen een zelfgekozen levenseinde. In dit artikel gaat het over twee vormen van een zelfgekozen levenseinde: suïcide en euthanasie.

WET TOETSING LEVENSBEEÏNDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING

Suïcide of zelfdoding volgt uit een handeling met dodelijke afloop, door de overledene geïnitieerd, in de verwachting van een dodelijke of potentieel dodelijke afloop, met de bedoeling gewenste veranderingen teweeg te brengen.⁵ Er is binnen de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl)⁶ sprake van respectievelijk euthanasie of hulp bij zelfdoding als een arts opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt. Het is ook mogelijk dat de arts de patiënt niet zelf doodt, maar een dodelijk drankje overhandigt, waarna de patiënt na inname overlijdt. De arts moet daarbij aan een aantal zorgvuldigheidseisen voldoen. Een arts kan alleen tot euthanasie of hulp bij zelfdoding overgaan als aan de volgende zes zorgvuldigheidseisen is voldaan. Deze zorgvuldigheidseisen zijn generiek en zijn niet afhankelijk van de achtergrond van de patiënt (zie kader).⁶

ZES ZORGVULDIGHEIDSEISEN

1. De patiënt doet de aanvraag vrijwillig en heeft er goed over nagedacht.*
2. Er is sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.
 - Er is sprake van uitzichtloosheid als:
 - de patiënt niet meer kan genezen;
 - de patiënt onnodig lijdt en dit niet zal afnemen.
 - Bij ondraaglijk lijden gaat het er vooral om hoe de patiënt dit ervaart. De arts moet zich kunnen inleven in de patiënt en zijn lijden.
3. De arts informeert de patiënt op een voor hem begrijpelijke manier over de situatie en de vooruitzichten.
4. Er is geen redelijke andere oplossing voor het ondraaglijk en uitzichtloos lijden.
5. De behandelend arts raadpleegt ten minste één onafhankelijke arts.
6. De euthanasie, of de hulp bij zelfdoding wordt medisch zorgvuldig uitgevoerd.

* Voor neonatale, comateuze en demente mensen en kinderen is er aanvullende wet- en regelgeving. Dit valt buiten de context van dit artikel.

De euthanasiepraktijk laat zien dat veel van de hiervoor genoemde eisen multi-interpretabel en subjectief zijn. Vanuit (tucht)rechtszaken, jurisprudentie en casuïstiek-besprekingen en beoordelingen door de (Regionale) Toetsingscommissies Euthanasie is in de loop van de jaren steeds meer duidelijkheid ontstaan over een gangbare werkwijze rondom euthanasievragen in Nederland.

Binnen dit reguleringskader wordt een arts die euthanasie verleent ontslagen van rechtsvervolging als hij zich aan deze zorgvuldigheidseisen houdt. Het is echter voor iedereen strafbaar om iemand actief van dodelijke middelen te voorzien, waardoor diegene zich kan suïcideren/ kan euthanasieren.⁷ De wetgever verbiedt hiermee ook artsen om iemand van een dodelijk middel te voorzien, zonder zich aan de zorgvuldigheidseisen te houden.

EEN VRAAG OM EUTHANASIE, OF EEN SUÏCIDALE UITING

Euthanasie

Hoewel de definities van euthanasie en suïcidaliteit een duidelijk verschillende context benadrukken, zien we binnen de GGZ veel patiënten bij wie het niet direct duidelijk is of er sprake is van een suïcidale uiting of van een verzoek om euthanasie. De vraag om euthanasie kent naast een medisch-ethisch kader ook een duidelijk juridisch kader. Dit juridische kader ontbreekt voor suïcidale mensen, het plegen van suïcide is sinds 1886 in Nederland niet meer strafbaar.⁸

Janzen-Snijders⁹ stelt in een studie naar euthanasie binnen de GGZ dat de oorzaak van het ontstaan van vereenzaming, het niet-ontvangen van sociale steun en het veroorzaken van last voor anderen mede wordt gevormd door:

- reeds jarenlang aanwezige symptomen;
- klachten en functieverlies op:
 - biologisch,
 - psychologisch en
 - sociaal gebied.

De combinatie van deze problemen op biologisch, psychologisch en sociaal gebied en de complexiteit die hiermee gepaard gaat, maken het lijden in de ogen van deze euthanasieaanvragers hopeloos en ondraaglijk, wat kan leiden tot een doodswens. Sommige euthanasievragers hebben al eens geprobeerd door middel van suicide een einde aan het leven te maken of hebben dit overwogen.⁹⁻¹⁰ Euthanasie is in hun ogen echter een humaner en minder riskant alternatief, dat het moeilijke uitstellen van het sterven waard is.¹⁰

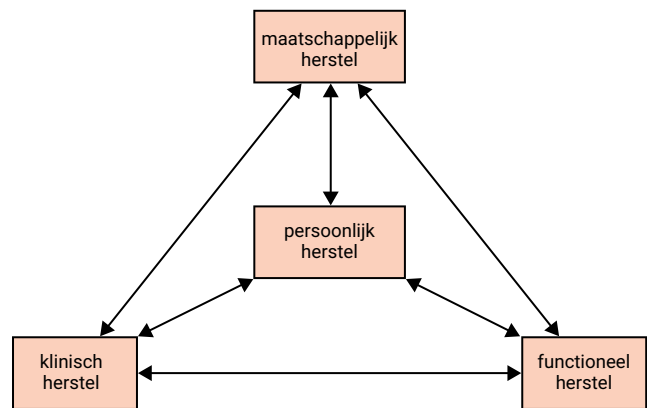
Er is zeker een samenhang tussen suïcidale uitingen en een verzoek tot euthanasie. Uit onderzoek van Van der Krogt¹¹ blijkt dat tot 2010 vrijwel alle 300 verzoeken tot euthanasie op basis van psychisch lijden werden afgewezen. Zeker een zesde deel van deze groep suïcideerde zich na de afwijzing voor euthanasie. Tegenover de ongeveer 50 suïcides bleven 250 mensen in leven.

Een bijzondere verwevenheid tussen de wens tot euthanasie, suïcide en de kans op herstel bleek uit onderzoek van Thienpont et al.⁸ tussen 2007 en 2011. Van de 100 mensen die vanwege ondraaglijk psychisch lijden om euthanasie vroegen, kregen 48 mensen de mogelijkheid tot euthanasie. 35 van deze 48 patiënten kregen euthanasie, acht mensen stopten de euthanasieprocedure, zes overleden binnen een jaar door suïcide, een door palliatieve sedatie en een aan de gevolgen van anorexia nervosa. Een aantal koos ervoor om met een euthanasieverklaring op zak toch nog iets van het leven te maken. Callebert¹⁰ onderscheidde bij deze overlevers herstelvonken en zag globaal twee groepen:

1. mensen die door en mede dankzij de euthanasieprocedure opnieuw grip kregen op het leven;
2. mensen die ondanks het lijden om diffuse redenen de finale stap in de procedure toch niet zetten.

Suïcidale uiting

Omgekeerd vragen veel suïcidale patiënten, ook na een mislukte suïcide, niet vaak om een euthanasieprocedure. Naar aanleiding van een suïcidepoging, of een lopend euthanasietraject komt er vaak een tegenreactie op gang. Hernieuwde aandacht



Figuur 1 Vormen van herstel.

van geliefden, aandacht voor het existentiële lijden, en een adequate aanpak van soms praktische problemen kunnen een eerste aanzet geven tot perspectief.¹⁰ Perspectief op herstel is daarbij vaak niet gericht op 'beter worden of een klinisch herstel', maar meer gericht op een leerproces waarin een patiënt op meerdere terreinen leert omgaan met de situatie waarin hij zich bevindt. Volgens Van der Stel zou herstel de gemeenschappelijke noemer moeten zijn voor alle activiteiten in en om de psychische zorg.¹³ Dit perspectief beschrijft Callebert¹⁴ als 'herstelvonken'. Op de lange termijn kan een hersteltraject waarin de focus meer ligt op vormen van persoonlijk, functioneel en maatschappelijk herstel en minder op klinisch herstel een uitweg bieden uit het perspectief dat altijd eindigt met een vroegtijdig overlijden.

Als voorloper van de herstelgedachte past wellicht ook een commentaar van Tholen.¹⁵ Deze stelt dat patiënten die een doodswens uiten geholpen zijn bij een open therapeutische relatie, waarin alle opties, zelfs de mogelijkheid tot suïcide, besproken kunnen worden. Het is tegelijk belangrijk daarbij perspectief en hoop te geven, en betrokkenheid bij en inzet voor de verdere behandeling en begeleiding uit te stralen. Hij legt hiermee ook een verantwoordelijkheid bij de patiënt en stelt dat het bespreken van een doodswens de therapeutische relatie niet hoeft te schaden, op voorwaarde dat de arts/ hulpverlener transparant is over zijn verantwoordelijkheden indien een patiënt, kort samengevat, acuut suïcidaal en/of verminderd wilsbekwaam is. Een open therapeutische relatie draagt bij aan het bespreekbaar maken van de doodswens. Dit is natuurlijk ook een voorwaarde bij het bespreken van een zelfgekozen levenseinde.

Bij de beoordeling van een euthanasieaanvraag kijken betrokken professionals zeker naar onderliggende aanwezigheid van suïcidaal gedrag. De richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* stelt:¹⁶



Bij suïcidaal gedrag:

- is er in de regel sprake van impulsief gedrag als uitingsvorm van onderliggende psychopathologie. De stoornis heeft de patiënt als het ware in de greep;
- is de doodswens doorgaans van voorbijgaande aard;
- is de patiënt doorgaans niet (volledig) wilsbekwaam inzake zijn keuze voor de dood;
- valt er redelijkerwijs van behandeling resultaat te verwachten;
- wordt doorgaans geen derde gevraagd om uitvoering aan de doodswens te geven.

Hiermee wordt een afbakening gegeven ten opzichte van bijvoorbeeld een vraag om euthanasie, maar, met uitzondering van het laatste punt, is het niet hard te maken dat de eerste vier punten bij een patiënt met een euthanasiewens geheel afwezig zijn.

Neeleman en De Groot¹⁷ stellen dat suïcidaliteit tot het exclusieve domein van de psychiatrie moet worden gerekend. In de DSM-IV¹⁸ was suïcidaliteit een facultatief symptoom van twee stoornissen:

1. de depressieve stoornis;
2. de borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Suïcidaliteit onderhoudt geen een-op-eenrelatie met deze stoornissen¹⁷ en de beroepspraktijk laat zien dat suïcidaliteit ook voorkomt bij andere stoornissen. Omgekeerd leidt suïcidaliteit natuurlijk niet automatisch tot het moeten stellen van een psychiatrische classificatie. Hoewel de uitspraak dat suïcidaliteit zich nauw verhoudt met psychiatrische stoornissen vrij arbitrair

is, ontstaat hiermee wel een verschil met een vraag om euthanasie. Het criterium 'ondraaglijk lijden' is niet automatisch gekoppeld aan een psychiatrische stoornis, waarmee je overigens niet kunt stellen dat op basis hiervan een onderscheid te maken is tussen een suïcidale uiting en een vraag om euthanasie.

In het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, DSM-5*,¹⁹ is de suïcidaal-gedragstoornis als een van de aandoeningen opgenomen die verder onderzoek behoeven. Dit betekent dat de komende jaren verder onderzoek wordt gedaan naar het klinisch beeld rondom suïcidaliteit. Als suïcidaliteit voldoende te objectiveren en te classificeren is, kan het in een volgende editie van de DSM worden opgenomen.

Onderscheid suïcidaliteit en een verzoek om levensbeëindiging

De richtlijn *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*¹⁶ laat nu nog zien dat het onderscheid in ieder geval in de praktijk niet altijd even gemakkelijk is.

'Het onderscheid tussen suïcidaliteit en een verzoek om levensbeëindiging kan op termijn vervagen of geheel verdwijnen. Deze situatie kan zich voordoen als:

- suïcidaliteit chronisch aanwezig is tegen de achtergrond van een lang bestaande psychische stoornis;
- de patiënt een beredeneerd oordeel kan vormen over zijn stoornis;
- de patiënt professionele hulp zoekt bij de uitvoering van zijn doodswens.'

De mate van rationaliteit waarmee iemand een doodswens uit, kan soms als indicatie dienen om de vraag in te schatten als een suïcidale uiting of als een eerste stap naar euthanasie.

De NVvP stelt in de richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis,³ dat suïcide vaak het gevolg is van psychopathologie. Een groep met een verhoogd risico op suïcide wordt gevormd door mensen met:²⁰

- stemmingsstoornissen;
- schizofrenie;
- persoonlijkheidsstoornissen;
- verslaving.

Bakker stelt het nog ruimer: 'Suïcidaliteit is een verschijnsel dat eerst en vooral is verbonden met psychiatrische stoornissen.'²⁰

Het beeld dat uit onderzoek naar voren komt is, dat suïcidepogingen:⁵

- vaak impulsief tot stand komen;
- te maken hebben met emotionele ontredde.

Volgens Callebert¹⁴ beweegt suïcide zich echter op een continuüm tussen een zuiver impulsieve zelfdoding en een duidelijk overwogen balanszelfdoding. In haar afbakening geeft dit de ruimte om bij een balanssuïcide (auto-euthanasie) een min of meer afgewogen en beredeneerd besluit te nemen om niet verder te willen leven. De meeste suïcides vinden echter waarschijnlijk wel onder invloed van heftige emoties of na een heftige gebeurtenis plaats.

Er zijn achterliggende motieven die soms meer een rol spelen bij suïcidale uitingen of bij de vraag om euthanasie. Uit analyses van blogs etc. op openbare social mediasites van jonge mensen die in het verleden een suïcidepoging hebben gedaan bleek, dat redenen om een uitweg te zoeken in een suïcide(poging) dikwijls thema's waren als:²¹

- seksueel misbruik;
- relatieproblemen;
- (in)directe verslavingsproblemen;
- wraakgevoelens;
- schreeuw om aandacht.

Vaak waren er ook onderliggende gevoelens van hoopeloosheid en wanhoop die als een voorspeller voor suïcidaal gedrag kunnen worden geduid. Deze thema's spelen nauwelijks een rol bij ouderen die recent een suïcidepoging ondernamen.

Voor ouderen en mensen met een euthanasiewens bij veelal een somatische ziekte spelen de volgende aspecten een rol om euthanasie te vragen:

- de gevoelens van eenzaamheid;

- de angst om af te takelen;
- het gevoel steeds meer afhankelijk te worden

In het verlengde van de begrippen rationaliteit en emotionaliteit ligt het begrip impulsiviteit. Simon et al.²² definieerden impulsiviteit bij een suïcidepoging als 'binnen vijf minuten na de beslissing om zich te suïcideren ook daadwerkelijk een poging doen om zich te suïcideren'. 153 patiënten tussen de 13 en 34 jaar werd na een ernstige suïcidepoging gevraagd naar de impulsiviteit van de poging. In 24% van alle gevallen bleek dit het geval. In deze groep waren mannen, mensen na een vechtpartij en mensen met een gevoel van hopeloosheid overheersende kenmerken, mensen met een depressie waren in deze groep van 24% juist ondervertegenwoordigd.

Mensen die om euthanasie vragen moeten

- de bereidheid hebben een onderzoekstraject in te gaan;
- op tal van punten een arts overtuigen dat hun verzoek:
 - weloverwogen; en
 - duurzaam is.

Dat dit ook emoties kan oproepen is inherent aan de zwaarte van de vraag, maar de mate van emotionaliteit en impulsiviteit bij een uiting om het leven te willen beëindigen is zeker meer een indicatie voor een suïcidale uiting dan voor een uiting met een euthanasiewens.

Wilsbekwaamheid

De mate waarin iemand wilsbekwaam is, kan een andere indicator zijn om te beoordelen of een uiting om het leven te willen beëindigen meer suïcidaal, dan wel een vraag om euthanasie is. Volgens de criteria van Beauchamps en Childress kan een patiënt vanuit cognitief perspectief als wilsbekwaam worden beschouwd, als hij het vermogen heeft om:²³

- een keuze te maken en de keuze onder woorden te brengen;
- informatie te begrijpen;
- de informatie te waarderen;
- informatie rationeel te hanteren.

Net als bij een bepaalde mate van rationaliteit bevindt een patiënt zich vaak op een continuüm tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam. Het is aan de behandelaren en een (verpleegkundig) team om een duurzame inschatting te maken van de wilsbekwaamheid van een patiënt om te willen sterven en de alternatieven te overzien. Wilsbekwaamheid toont veel overeenkomsten met het begrip beslissingsbekwaamheid. Liégeois²⁴ beschrijft naar aanleiding van een literatuurstudie tien criteria om de beslissingsbekwaamheid (het vermogen

om vrije en overwogen beslissingen te nemen) van een patiënt in de psychiatrie te toetsen.

Uitgangspunten hierbij zijn:

- dat ieder mens beslissingsbekwaam is tot het tegendeel bewezen is;
- dat de bekwaamheid specifiek is en veranderlijk is, in tijd en situatie.

De beoordeling van de tien criteria gebeurt op een zespuntsschaal en geeft een gewogen oordeel van de beslissingsbekwaamheid ten aanzien van, in dit geval, een consistente doodswens. Men moet in ieder geval wils- of beslissingsbekwaam zijn binnen een euthanasietraject. Op basis van voorgaande criteria zal iemand die zijn leven wil (laten) beëindigen en niet beslissingsbekwaam wordt gevonden, eerder moeten worden beschermd tegen de doodswens, dan dat het wordt gezien als een vraag om euthanasie, passend bij de eisen, zoals genoemd in het eerdere kader. Let wel, een inschatting van de beslissingsbekwaamheid is een momentopname en kan een vertekend beeld geven ten opzichte van een al lang durende situatie. Daarom wordt in een wilsverklaring tegenwoordig ook wel eens vastgelegd wat men zou willen zeggen op het moment dat iemand daar niet meer toe in staat is. Een wilsverklaring kan bijvoorbeeld patiënten met dementie ondersteunen bij een euthanasieaanvraag en draagt bij aan een zorgvuldige procedure.²⁵

Casus Sofie (vervolg)

En hoe gaat het een paar maanden later met Sofie? Bij Sofie lijkt er sprake te zijn van een gecompliceerd rouwproces, met langdurig onverwerkt verdriet. Dit uit zich in een verslechtering van haar functioneren, piekeren en schuldgevoelens. Het lukt haar niet een nieuw leven op te bouwen na alle verlieservaringen.²⁶ Haar doodswens is vrij consistent, maar er zijn ook dagen dat ze niet weet of ze wel echt dood wil. De verpleegkundigen en regiebehandelaar (VS-GGZ) vinden het lastig met deze wisselingen om te gaan. Mede hierom heeft een geestelijk verzorger wekelijks een gesprek met Sofie en wordt het gedrag van Sofie tijdens een moreel beraad besproken. De VS-GGZ en een geconsulteerd psychiater adviseren Sofie een intensieve traumabehandeling, maar dit wijst ze af. Dit leidt tot een status quo. In overleg met Sofie is besloten om haar alleen de dagelijkse zorg te bieden. Verder zijn er een aantal teamleden die haar vertrouwen hebben gewonnen en met wie ze over haar verdriet kan praten. Sinds twee maanden doet Sofie met plezier weer wat vrijwilligerswerk. Voor de meeste betrokkenen blijft de afbakening tussen een vraag om euthanasie en een suïcide-uiting in deze casus onduidelijk.

TIEN CRITERIA OM DE BESLISSINGS-BEKWAAMHEID VAN EEN PATIËNT IN DE PSYCHIATRIE TE TOETSEN

1. begrijpen van informatie;
2. toepassen van informatie op eigen situatie;
3. inzicht verwerven in eigen situatie;
4. overwegen van keuzemogelijkheden;
5. inschatten van gevolgen voor zichzelf;
6. alsook voor anderen;
7. motiveren van keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze;
8. vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit;
9. alsook van buitenaf;
10. motiveren van keuze vanuit eigen waarden.

DISCUSSIE

Erkenning van het soms ondraaglijk lijden kan patiënten in sommige gevallen al de moed geven om, ook met een euthanasieverklaring op zak, door te leven. Dit geeft aan hoe belangrijk erkenning voor het psychisch lijden kan zijn. Het roept ook vragen op, zoals welke attitude en interventies nog meer kunnen bijdragen aan het behandelen, verplegen en ondersteunen van patiënten met een doodswens. Wellicht kan in de komende DSM-editie op klinische of diagnostische gronden een duidelijker onderscheid gemaakt worden tussen suïcidale uitingen en een vraag om euthanasie. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten GGZ kunnen vanuit verpleegkundig perspectief en/of vanuit een herstelgedachte meer grootschalig onderzoek gaan doen op het snijvlak van deze vormen van een zelfgekozen levenseinde. Daardoor kan de rol van de verpleegkundige discipline rondom dit thema beter worden beschreven in richtlijnen en kan de beroepsgroep handvatten krijgen om deze groep patiënten te behandelen en te verplegen.

CONCLUSIE

Een vraag om euthanasie en een suïcidale uiting hebben klinisch gezien zowel overeenkomsten als verschillen. Deze overeenkomsten en verschillen geven echter geenszins zekerheid om deze vormen van een zelfgekozen levenseinde te classificeren. Een uiting voor een zelfgekozen levenseinde op basis van psychisch lijden is allereerst een existentiële hulpvraag. Dit vraagt om een luisterende en empathische houding zonder oordeel. Dit artikel laat zien dat een reeks van interventies bijdraagt aan een proces waarin niet alleen aandacht moet zijn voor klinische interventies, maar ook voor bijvoorbeeld rouw(verwerking), persoonlijk en maatschappelijk herstel en een reflectie op wat dit voor invloed heeft op de doodswens. Het is van belang dat deze niet altijd medische aspecten worden meegenomen in richtlijnen rondom een niet-zelfgekozen levenseinde. ■

LITERATUUR

1. GGZ-standaarden. Geraadpleegd via <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag/inleiding/over-suicidaal-gedrag> op 28 mei 2021.
2. Regionale Toetsingscommissie Euthanasie. Jaarverslag Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. 2020.
3. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Utrecht: De Tijdstroom; 2009.
4. Muthert H. Verlies en verlangen. Assen: Van Gorcum; 2007. p. 40-1.
5. Kerkhof A, Luyn B van (red). Suïcidepreventie in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010. p. 364.
6. Artikel 293, lid 2 van Boek 2 van het Wetboek van Strafrecht. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/zorgvuldigheidseisen> op 30 mei 2021.
7. Artikel 294, lid 1 & 2 van Boek 2 van het Wetboek van Strafrecht. Geraadpleegd via <https://wetten.overheid.nl/BWBRO01854/2021-05-01/#BoekTweede-TiteldeelIXIX-Artikel294> op 30 mei 2021.
8. Schnabel P, Meyboom-de Jong B, Schudel WJ, et al. Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Den Haag: Adviescommissie Voltooid leven; 2016. p. 244.
9. Janzen-Snijders K. Wie is het!? Een zoektocht naar de motieven en achtergronden van de euthanasieaanvrager met een psychi(atri)sche achtergrond bij de levenseindekliniek. These. Enschede: Universiteit Twente; 2012.
10. Callebert A. Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden. Leuven/ Den Haag: Acco; 2012. p. 53 e.v.
11. Krogt M van der. Ik maak er een eind aan. Over psychiatrie, een doodswens en de rol van de hulpverlener. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* 2011;20(4):95-106 (verwijzing naar: http://www.hartenziel.nl/artikel/Wat_als_je_dood_wilt).
12. Thienpont L, Verhofstadt M, Loon T van, et al. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open* 2015;5:e007454. Doi: 10.1136/bmjopen-2014-007454.
13. Stel J van der. Herstel als leerproces. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2020.
14. Callebert A. Herstel als antwoord op euthanasie? Den Haag/ Leuven: Acco; 2017. p. 25.
15. Tholen A. Vaardigheden en zorgvuldigheid bij alternatieven voor hulp bij zelfdoding. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2000;42(10):767-72.
16. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. Utrecht: de Tijdstroom; 2018. p. 42-3 (https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbeëindiging_op_verzoek.html).
17. Neeleman J, Groot MH de. Suïcidaliteit – een stoornis die specialismen overstijgt. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2006;48:533-43.
18. American Psychiatric Association (APA). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV. Amsterdam: Harcourt Assessment bv; 2007.
19. American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, DSM-5. Amsterdam: Boom; 2017. p. 1058-9.
20. Heeringen C van (red). Handboek suïcidaal gedrag. Utrecht: de Tijdstroom; 2007. p. 233.
21. Cash SJ, Thelwall M, Peck SN. Adolescent suicide statements on my space. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. Mar 2013;16(3):166-74 (<http://doi.org/10.1089/cyber.2012.0098>).
22. Simon TR, Swann AC, Powell KE, et al. Characteristics of Impulsive Suicide Attempts and Attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. December 2001;32:49-59 (<https://doi.org/10.1521/suli.32.1.5.49.24212>).
23. Beauchamps TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York/ Oxford: Oxford University Press; 2013.
24. Liégeois A. Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2018;60(1):29-36.
25. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie 2016. Jaarverslag 2015. Den Haag: RTE.
26. Carpenito-Moyet LJ. Zakboek Verpleegkundige diagnosen. Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers; 2015. p. 832.
27. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/euthanasie>.
28. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163. Geraadpleegd op 31 mei 2021.
29. Stel J van der. Biopsychosociaal aspect ontbreekt in omschrijving van Machteld Huber. *Medisch Contact* 8 juni 2016.