
Hulpvraag: Ik wil euthanasie



Roberto Murillo Cépeda
Casandra Koelewijn
Yvonne Scheltes

Auteurs zijn SPV

Inleiding

In de media wordt sinds enkele jaren meer aandacht besteed aan het thema euthanasie als gevolg van dementie, depressies, ouderdom, etc. In de dagelijkse werkzaamheden van de psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) krijgen zij ook te maken met euthanasieverzoeken van hun cliënten. Uit het onderzoek van Krogt (2011) blijkt dat in de psychiatrie jaarlijks naar schatting meer dan 300 keer een nadrukkelijk en herhaald verzoek om hulp bij euthanasie en zelfdoding wordt gedaan. SPV-en kunnen hier niet meer omheen, ze kunnen vroeg of laat geconfronteerd worden met het euthanasieverzoek van hun cliënten.

Documenten zoals 'Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis' (NVVP, 2018) en de 'Handreiking voor Samenwerking Artsen, Verpleegkundigen en Verzorgenden bij Euthanasie' (AVVV, NU'91 & KNMG, 2006) geven aan welke stappen er zijn, en onder welke voorwaarden, verantwoordelijkheid, taakverdeling en kaders verpleegkundigen moeten werken. Maar ze bieden geen steun wanneer ze te maken krijgen met ethische vraagstukken, emoties, onzekerheden, etc. wanneer ze praten met cliënten die euthanasie willen of wanneer cliënten onze hulpvragen bij euthanasie.

In dit artikel onderzoeken wij welke dilemma's SPV-en ondervinden bij de hulpvraag van de cliënten met betrekking tot levensbeëindiging op verzoek. Om hierin zicht in te krijgen hebben wij in totaal 5 SPV-en geïnterviewd. Aan de hand van de bevindingen uit de interviews en uit literatuuronderzoek worden conclusies getrokken die implicaties hebben voor onze rol als SPV. Allereerst beschrijven wij wat de euthanasiewet inhoudt, de prevalentie en de epidemiologie van euthanasie.

De euthanasiewet

Om te beginnen is het van belang te benoemen dat in artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht staat dat doden op verzoek strafbaar is in Nederland. De 'Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtI)' maakt sinds 2002 dat dit mogelijk is onder strenge zorgvuldigheidseisen:

1. het euthanasieverzoek of zelfdodingverzoek is op vrijwillige basis en op verzoek van betrokkene tot stand gekomen waarbij deze het verzoek weldoordacht en overwogen kan voorleggen.

2. de persoon lijdt uitzichtloos en ondraaglijk.
3. de arts heeft de persoon geïnformeerd over de situatie met betrekking tot de behandeling en het te verwachten lijden.
4. de arts en de persoon zijn tot de conclusie gekomen dat er geen redelijke andere oplossing is.
5. de beoordeling is goedgekeurd door een onafhankelijke arts.
6. de euthanasie of hulp bij zelfdoding moet medisch zorgvuldig uitgevoerd worden.

Verder wordt in de Wtl het verschil beschreven tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding: bij euthanasie geeft een arts de persoon een dodelijk medicijn en bij hulp bij zelfdoding geeft een arts een dodelijk medicijn aan de persoon, maar hij of zij neemt dit zelf in.

In de Wtl staat duidelijk vermeld dat euthanasie altijd een medische grondslag moet hebben en het wordt toegepast bij mensen die lijden aan de gevolgen van een ziekte of stoornis die niet meer beter zullen worden. De Wtl erkent dat geestelijk lijden als gevolg van een psychiatrische stoornis een gegronde reden vormt voor euthanasie of hulp bij zelfdoding (rijksoverheid.nl).

Tenslotte is het van belang te weten dat gezonde mensen die moe van het leven zijn of vinden dat hun leven voltooid is, niet in aanmerking komen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding (rijksoverheid.nl).

Prevalentie en epidemiologie

In 2018 is aan 67 personen met een psychiatrische stoornis euthanasie verleend. Bij 56 van deze personen was een arts van de Levensindekliniek betrokken (KNMG, 2019; Levensindekliniek, 2019). Ten opzichte van 2017 (83 personen) ligt het aantal iets lager maar nog steeds hoger dan twee jaar daarvoor (56 personen in 2015) (KNMG, 2019).

Naar de kenmerken van de mensen met psychiatrische stoornissen die euthanasie of hulp bij zelfdoding hebben ondergaan, wordt pas sinds kort onderzoek gedaan. Uit Nederlandse onderzoeken (Kim, De Vries & Peteet, 2016; Van Veen, Weerheim, Mostert & Van Delden, 2019; Nicolini, Peteet, Donovan & Kim, 2019), op basis van de gepubliceerde rapporten van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE), komen een aantal patronen naar voren. De meeste personen aan wie euthanasie werd verleend waren vrouwen en ouder dan 50 jaar. Daarnaast had de meerderheid 2 tot 4 verschillende psychiatrische stoornissen. Hierbij was er meestal sprake van een depressie of een angststoornis. Vaak was er sprake van meerdere klinische opnames en suïcidepogingen in het verleden.

In België hebben verschillende onderzoeken (Thienpont, Verhofstadt, Van Loon, Distelmans, Audenart & De Deyn, 2015; Dierickx, Deliens, Cohen & Chambaere, 2017) aangetoond dat vrouwen (50+) de grootste groep vormen binnen de mensen met een psychiatrische stoornis die overleden zijn aan euthanasie. Ze concluderen verder dat alle mensen wilsbekwaam werden bevonden en bij bijna alle mensen (90%) was er sprake van meer dan één psychiatrische stoornis. Depressie en persoonlijkheidsstoornissen waren de meeste voorkomende psychiatrische diagnoses. Ten slotte was er ook sprake van sociaal isolement, eenzaamheid en suïcidepogingen in het verleden.

De rol van de SPV bij euthanasie of hulp bij zelfdoding

Gastmans (2018) stelt vast dat er weinig is geschreven over de rol van de SPV en verpleegkundigen rondom euthanasie bij mensen met psychiatrische aandoeningen. Dit is ook onze bevinding. De literatuur gaat vooral over verpleegkundigen werkzaam in het algemene ziekenhuis en verzorgingshuis. Wij zullen hier de aanwezige literatuur uitwerken en in relatie brengen met de competenties van de SPV (Derks, Van der Padt & Boon, 2014) en met de beroepscode van verpleegkundigen en verzorgende 2015 (V&VN & NU '91, 2015).

Het belangrijkste advies uit de literatuur is het belang van zelfreflectie, omdat euthanasie een gevoelig en moeilijk onderwerp kan zijn. De SPV moet zich afvragen of zij vanuit zijn of haar geweten kan ingaan op het verzoek van de cliënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding (De Vocht & De Jong, 1999). De reden waarom euthanasie een gevoelig en moeilijk onderwerp is, is omdat de SPV geconfronteerd kan worden met zijn of haar eigen sterfelijkheid en met de beroepsnormen en -waarden, de normen en waarden van de SPV zelf en die van zijn of haar cliënt en zijn of haar omgeving (Derks, et.al., 2014; V&VN & NU '91, 2015). Hierdoor kan de doodswens van de cliënt botsen met de eigen opvatting van de SPV over hulp bij zelfdoding.

Mocht het voor de SPV moeilijk zijn om over dit onderwerp te praten met de cliënt om hem hierin te begeleiden, dan mag de SPV op basis van artikel 2.5 van Nationale beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden 2015 (V&VN & NU '91, 2015) zijn of haar gewetensbezwaren uitspreken. In dat geval zal de SPV een andere collega moeten inschakelen die wel bereid is om samen met de cliënt hierover in gesprek te gaan.

Mocht de SPV besluiten om met de cliënt in gesprek te gaan over zijn of haar euthanasiewens dan is aan te bevelen om kennis te hebben van de wet- en regelgeving, richtlijnen en protocollen op het gebied van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Als SPV is kennis over wetgeving vereist en het handelen dient onderbouwd te worden vanuit wetenschappelijke standaarden, richtlijnen en protocollen (Derks, et.al., 2014; V&VN & NU '91, 2015). Vanuit de kennis over euthanasie kan de SPV gericht het gesprek aangaan.

Vanuit kennis over euthanasie kunnen SPV-en gericht het gesprek over euthanasie aangaan. Ze weten immers hun rol en positie en ze kunnen onderscheid maken tussen een verzoek om euthanasie en andere wensen van levensbeëindiging zoals suïcide (De Vocht & De Jong, 1999). Iedereen die betrokken is bij het verzoek om euthanasie moet met elkaar dezelfde taal spreken en de eigen rol in het proces kennen (Van Delden, Van der Heide, Van de Vathorst, Weyers & Van Tol, 2011).

Tijdens de gesprekken met de cliënt zal de SPV de achterliggende gedachte van het euthanasieverzoek moeten onderzoeken. Dit doet de SPV door contact te maken en vooral het contact weten te behouden met de cliënt (De Vocht & De Jong, 1999; AVVV, et.al., 2006; NVvP, 2018).

De Vocht & de Jong (1999), AVVV, et.al. (2006) en NVvP (2018) geven aan dat het 'er zijn voor' de cliënte en het bieden van een luisterend oor, ook voor diens naasten, hierbij van belang is. Het is goed te realiseren dat veel euthanasieverzoeken nog geen echte verzoeken zijn om te willen sterven. Voor vele cliënten gaat het over iets anders, bijvoorbeeld dat iemand vastloopt in zijn leven of dat iemand zich eenzaam voelt. Of dat iemand alleen maar wil praten over levensvragen of over maatschappelijke, relationele en spirituele kwesties. In de gesprekken zal de SPV moeten onderzoeken (wanneer de vraag echt gaat om euthanasiewens) wat de reden is om euthanasie toe te willen passen.

Ook zal de SPV moeten onderzoeken of de doodwens van de cliënt een vrijwillige wens is en niet een wens van familie, vrienden of naasten.

Euthanasie is een complex onderwerp. Er wordt sterk aanbevolen om euthanasieverzoeken in multidisciplinaire benadering aan te pakken. Alle disciplines moeten betrokken worden omdat meerdere perspectieven helpen in het besluitvormingsproces (NVvP, 2018; AVVV, et.al, 2006; De Veer, Francke & Poortvliet, 2003).

Kenmerkend voor mensen met een psychiatrische stoornis en daarbij een euthanasie- of zelfdodingverzoek is dat ze vaak langdurig contact met de hulpverlening hebben (gehad). SPV-en hebben het meeste contact (en soms intensiever dan de arts) met hun cliënten, de naasten en de andere betrokkenen. De SPV ziet cliënten in de thuissituatie werkelijk functioneren, ze voeren gesprekken met ze over meer dan alleen maar de directe patiëntenzorg en omdat ze vaak het systeem van de cliënt goed kennen, kunnen ze familie en naasten steun bieden (AVVV, et.al, 2006; Derks, et.al., 2014; NVvP, 2018).

SPV-en kunnen daarom tijdens het besluitvormingsproces feitelijke informatie verstrekken aan de arts en andere betrokken over de euthanasiewens van hun cliënt. Indien nodig kan de SPV ook bemiddelen tussen de cliënt en de arts, mocht de arts niet willen ingaan op de euthanasiewens van de cliënt (De Vocht & De Jong, 1999; NVvP, 2018).

Ze kunnen tevens het systeem van de cliënt steunen in dit complexe traject. Dit laatste is van belang gezien familiestichtingen hebben aangegeven dat ze weinig tot niet worden betrokken in de besluitvorming m.b.t euthanasie, en dat ze geen steun hebben gekregen van hulpverleners in dit traject (Gastmans, et.al., 2006; Gastmans, 2018; Croonen & de Vries, 2010; NVvP, 2018; AVVV, et.al., 2006).

Dilemma's van hulpverleners rondom euthanasie

In verschillende bronnen (De Vocht & De Jong, 1999; Boon & Geeraerts, 2005; Struijs & van de Vathorst, 2009; V&VN & NU '91, 2015; Everts & Olthof, 2017) wordt aangegeven dat het binnen de gezondheidszorg altijd over ethische en morele dilemma's gaat, omdat de primaire taak is "het verlenen van zorg aan zieke mensen". Het gaat daarbij om: weldoen, geen schade aanbrengen, respectvol handelen en geen onderscheid maken tussen mensen. Met andere woorden: de SPV wil goede zorg verlenen aan de cliënten en daarom krijgt de SPV met morele dilemma's te maken.

Voor vele hulpverleners is het moeilijk een euthanasieverzoek aan te horen terwijl hun cliënt nog fysiek gezond is. Er lijkt meer begrip te zijn voor euthanasieverzoeken van mensen met somatische problemen dan met psychische problemen (Tholen, Berghmans, Huisman, Legemaate, Nolen, Polak & Scherders, 2009). Hulpverleners behandelen euthanasieverzoeken vanuit hun eigen morele kaders en vanuit hun eigen eerdere ervaringen met vergelijkbare verzoeken of met de dood (Haarhuis, 2007). Daardoor worden voorstanders en tegenstanders altijd geconfronteerd met hun eigen levensvragen en eigen morele waarden waardoor ze gevoelens van machteloosheid, angst, boosheid en onzekerheid zullen ervaren (Haarhuis, 2007; Buijssen, Bruntink, Van de Ploeg, Baar & Stoppelenburg, 2003).

Hulpverleners willen goede zorg verlenen, ze willen hun cliënten helpen en proberen de doodwens serieus te nemen, maar ze weten tegelijkertijd niet wat ze wel of niet mogen zeggen want ze hebben weinig theoretische kennis omtrent euthanasie en weinig ervaringen in omgang met euthanasieverzoeken (Van Delden, et.al, 2011).

Ze missen organisatorische steun en begeleiding binnen de eigen instelling in het omgaan met euthanasieverzoeken missen (Van Schaik, Metselaar, Bakker & Witkamp, 2019).

Uit het onderzoek Van Veer & Francke (2009) onder verpleegkundigen en verzorgers bleek dat 46 procent van verpleegkundigen en verzorgende gewetensbezwaren tegen euthanasie heeft. Dit had niet alleen te maken met morele edenen maar ook (zoals eerder is gezegd) vanwege de persoonlijke opvattingen rondom het doodgaan.

Bij euthanasieverzoeken krijgen hulpverleners een dubbel gevoel. De hulpverlener heeft respect voor de autonomie van hun cliënten, ze motiveren cliënten tot zelfmanagement en doen alles om het welzijn van hun cliënten te bevorderen (Dwarswaard & van de Bovenkamp, z.j.) en tegelijkertijd worden ze geconfronteerd met de verzoeken van cliënten tot euthanasie. Omdat de hulpverlener de behandelrelatie niet willen verpesten doet de hulpverlener alles om binnen deze relatie, cliënten te helpen, maar het lijkt iedere keer onvoldoende. Vele hulpverleners krijgen het gevoel van falen omdat ze cliënten niet naar de kant van het leven kunnen overhalen.

De interviews: de SPV-en aan het woord

Zijn er persoonlijke dilemma's waar de SPV tegenaan kan lopen als een cliënt een euthanasiewens heeft? Om op deze vraag een antwoord te krijgen zijn we in gesprek gegaan met een vijftal SPV-en. Eén van deze SPV-en is Petra Veldman, in dienst bij het expertisecentrum euthanasie, de andere vier zijn werkzaam bij Lentis¹). Alle geïnterviewden gaven aan in meer of mindere mate te maken te hebben gehad met een vraag van de cliënt met betrekking tot euthanasie.

SPV en de euthanasievraag

Een aantal SPV-en werkzaam binnen Lentis geeft aan het moeilijk te vinden het gesprek over euthanasie aan te gaan met de cliënt. Ze geven aan bang te zijn om het gesprek hierover aan te gaan met hun cliënt. De SPV is bang dat zij de cliënt ergens toe aanzet. Ze weten niet goed wat ze als SPV wel of niet mogen zeggen tegen een cliënt in het kader van wet en regelgeving. Mag de SPV iemand adviseren naar het expertisecentrum euthanasie te gaan?

Dit in tegenstelling tot de SPV werkzaam bij het expertisecentrum euthanasie. Zij vertelt ons heel helder dat binnen het expertisecentrum de wet en de landelijk protocollen worden gebruikt. Zij kent deze documenten en kan hierdoor zonder problemen in gesprek gaan met cliënten. Want juist het gesprek aangaan over de hoe en waarom- vraag met betrekking tot de euthanasiewens van de cliënt kan vaak al helpend zijn voor de cliënt. Zo vertelt ze dat ze met enige regelmaat meemaakt dat er cliënten zijn die door het er zo openlijk over te mogen spreken, afzien van hun traject tot euthanasie. De cliënten geven dan terug het er alleen al zo openlijk over mogen spreken zonder consequenties, opluchting geeft en dat dit weer perspectief geeft.

Een aantal SPV-en binnen Lentis geeft aan dat zij het moeilijk vinden om hier openlijk over te spreken met de cliënt en dat de scheidslijn tussen euthanasie bespreken of het hebben over suïcide dicht bij elkaar liggen. Deze SPV-en geven aan dat zij wellicht te snel over gaan naar het suïcide protocol, in plaats van het bespreken van de euthanasiewens.

De SPV van het expertisecentrum geeft aan dat de wettelijke kaders juist richting bieden om gedurende het gesprek niet te afwijken van de originele vraag van de cliënt. Ook protocollen bieden handvatten om het gesprek te voeren.

Euthanasie is geen suïcide. Zoals eerder is gezegd is het van belang om goed te onderzoeken wat een cliënt bedoelt met zijn euthanasiewens. Voor de SPV is het present zijn van groot belang. Op het moment dat de SPV het gesprek over euthanasie afwijst ben je niet meer present. Hoe kan er dan nog sprake zijn van contact? Je gooit immers een deur dicht, een deur die voor de cliënt open stond omdat hij of zij met jou wil praten over iets wat zo van belang is.

SPV en de persoonlijke dilemma's bij de vraag naar euthanasie van de cliënt

Door een aantal SPV-en van Lentis wordt benoemd dat ze het moeilijk vinden om in gesprek te gaan met een cliënt over euthanasie. Ze vinden dat de hulpverlener er alles aan dient te doen om te onderzoeken wat er nog mogelijk is om het leven leuk of aangenaam te maken. Er wordt daardoor in gesprek vaak ingezet op de mogelijkheden die er nog zijn, de leuke dingen in het leven. Hoe kun je dan als SPV staan voor het leven en de cliënt ondersteunen in zijn of haar vraag naar euthanasie? SPV-en vinden dit lastig om naast elkaar te laten bestaan.

Wanneer er een euthanasiewens ter sprake komt van een jongere cliënt dan wordt dit als moeilijk ervaren. Zeker wanneer iemand zelf kinderen heeft van die leeftijd. De eigen emoties kunnen in de weg gaan zitten en kunnen belemmerend werken.

De SPV van het expertisecentrum gaf aan dat zij zich aan de wet- en regelgeving van de euthanasiewet houdt. Deze staat als een huis volgens haar. Wel vindt zij het soms moeilijk dat een euthanasiewens heel invoelbaar is, maar dat door de wetgeving een euthanasiewens niet gehonoreerd kan worden. Zij ervaart in zulke situaties emoties van machteloosheid, frustratie en boosheid. Dan benoemt zij dat er aan de wetgeving niet te tornen valt. "Maar we hebben dan wel alles onderzocht, en dan kun je uiteindelijk hier toch vrede mee hebben".

Daarnaast wordt door de SPV-en van Lentis genoemd dat ze zich niet altijd gesteund voelden wanneer een cliënt zijn euthanasiewens bespreekbaar wilde maken. Zo gingen niet alle hoofdbehandelaren mee in de euthanasiewens van de cliënt. Wanneer een hoofdbehandelaar niet mee wil gaan in de wens van de cliënt, is het voor de SPV, geven zij aan, onveilig om die gesprekken over euthanasie met de cliënt wel aan te gaan. Ook dit onveilige aspect wordt dan als een persoonlijk dilemma genoemd.

Discussie

Zijn er persoonlijke dilemma's waar de SPV tegenaan kan lopen als een cliënt een euthanasiewens heeft? Het antwoord hierop is ja. Hieronder zullen we deze toelichten en in relatie brengen met de literatuur.

Een aantal SPV-en van Lentis vinden het moeilijk om in gesprek te gaan met cliënten over euthanasie omdat ze vinden dat ze er alles aan moeten doen om een cliënt in leven te houden. Ze ervaren daarbij emoties van machteloosheid, frustratie en boosheid.

Voor vele SPV-en is euthanasie een moeilijk en gevoelige onderwerp. Ze worden geconfronteerd met hun eigen normen en waarden, met hun beroepsnormen en -waarden en met hun eigen sterfelijkheid. Ze krijgen hierdoor te maken met ethische en morele dilemma's. Naast zelfreflectie is het invoeren van moreel beraad binnen een afdeling van belang om op een gestructureerde manier de ethische en morele dilemma's binnen het team bespreekbaar te maken. (De Vocht & De Jong, 1999; Boon & Geeraerts, 2005; Struijs & van de Vathorst, 2009; Derks, et.al., 2014; V&VN & NU '91, 2015; Everts & Olthof, 2017).

Verder komt er naar voren dat SPV-en van Lentis een gebrek aan kennis hebben ten aanzien van de wet- en regelgeving omtrent euthanasie. Door het gebrek aan deze kennis hebben ze onvoldoende kaders, waardoor de angst om iets verkeerd te doen toeneemt. De Vocht & De Jonge (1999), AVVV, et.al. (2006) en NVvP (2018) geven aan dat kennis hebben over de wet- en regelgeving maakt dat de SPV-en het gesprek makkelijker aan kunnen gaan, dat ze een euthanasiewens kunnen scheiden van een andere wens zoals die van suïcide en dat ze de motivatie achter de euthanasiewens beter kunnen onderzoeken.

Tevens geven SPV-en van Lentis aan dat er geen interne richtlijnen voor de rol van de SPV omtrent euthanasie zijn. Binnen Lentis wordt er vooral gericht op suïcidepreventie en niet op euthanasie. Gastmans (2008) bevestigt dat er beperkte literatuur is gerelateerd aan de rol van verpleegkundigen en SPV-en ten aanzien van euthanasie bij mensen met psychiatrische aandoeningen. Zelfs in de recent geüpdatete richtlijn 'Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis' (NVvP, 2018) wordt minimaal beschreven wat de rol van ze kan zijn.

Francke & Poortvliet (2003), AVVV, De Veer et.al (2006), NVvP (2018), Van Delden, et.al. (2011) benadrukken dat euthanasieverzoeken in een multidisciplinaire vorm aangepakt dienen te worden waarin iedereen zijn rol kent. Op deze manier kunnen misverstanden voorkomen worden en dat de euthanasieverzoeken van cliënten niet worden onderzocht zoals bij een aantal SPV-en van Lentis is voorgekomen.

Het goede nieuws, of een mooie ontwikkeling, is dat verpleegkundige organisaties zoals V&VN, NU'91 sinds een aantal jaren de noodzaak benadrukken van een heldere en unanieme beschrijving over de rol van verpleegkundigen bij euthanasie. Een voorbeeld hiervan is de pilot: 'SCEN Verpleegkundigen & Verzorgenden' (KNMG & de V&VN, 2011) met als doel de rol van verpleegkundigen en de kennis over besluitvorming rond het levenseinde bij verpleegkundigen te vergroten door middel van scholingen en consultatie, omdat er een duidelijk tekort is onder verpleegkundigen en verzorgende over de inhoud van de euthanasiewet (Van Delden et.al., 2011).

Ten slot geven SPV-en van Lentis aan dat ze geen kennis van de regelgeving omtrent gewetensbezwaren hebben en of waar deze te vinden is. De Nationale beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden 2015 (V&VN & NU '91, 2015) is duidelijk: mocht voor SPV-en het moeilijk zijn om over euthanasie te praten met cliënten of hen te begeleiden, dan mogen ze op grond van het artikel 2.5 van de hierboven genoemde beroepscode hun gewetensbezwaren uitspreken.

Het artikel 2.5 maakt dat SPV-en niet mee hoeven te werken aan een (be)handeling die tegen hun geweten gaat. En dat is goed, omdat praten over euthanasie niet voor iedereen bestemd is. Van Veer & Francke (2009) ontdekten dat 46 procent van verpleegkundigen en verzorgende gewetensbezwaren tegen euthanasie heeft vanwege morele redenen en persoonlijke opvattingen rondom het doodgaan. Het risico om alsnog in contact te blijven is dat er tegenoverdracht en afwijzing richting de cliënt zal ontstaan (Bogaard, 2008). Het artikel 2.5 zou meer bekendheid moeten krijgen. SPV-en zouden ook moeten weten waar ze deze kunnen vinden zodat ze zich hierop kunnen beroepen naar een cliënt toe.

Conclusie

Euthanasie is een complex onderwerp. De geïnterviewde SPV-en bevestigen dat. Uit de literatuur blijkt dat zelfreflectie en kennis over euthanasie nodig zijn voor SPV-en. Zelfreflectie is nodig om voor zichzelf vast te stellen of ze vanuit hun geweten kunnen ingaan op het verzoek van cliënten om hulp bij euthanasie of hulp bij zelfdoding.

En kennis is nodig om zichzelf vrij te voelen om het contact aan te kunnen gaan met cliënten en hun naasten, over hun euthanasiewensen.

Euthanasie is een gevoelig en moeilijk onderwerp. Het is aan te raden om een vorm van moreel beraad binnen afdelingen te implementeren. De GGZ-instellingen zouden moeten investeren in het ontwikkelen van interne richtlijnen over de rol van hun SPV-en in het euthanasieproces van cliënten.

Tot slot zou het goed zijn om in de SPV-opleiding euthanasie te bespreken, want SPV-en zijn juist degene die dichtbij de cliënt staan. Door kennis te hebben zouden SPV-en cliënten onbevangen kunnen spreken over hun euthanasiewens en de cliënt niet alleen laten wortelen met deze gedachten hierover. De SPV van het expertisecentrum van euthanasie gaf al in het interview aan dat wanneer mensen er open over kunnen spreken de wens op zichzelf vaak verdwijnt, maar dat zij vooral het leven anders willen.

Wij pleiten voor een open communicatie met cliënten t.a.v. hun verzoek om ondersteuning bij euthanasie zodat de verwijzing naar het expertisecentrum mogelijk niet aan de orde hoeft te komen. Dit geeft de nodige stof tot nadenken.

Noten

¹⁾Lentis biedt in de provincie Groningen zowel geestelijke als forensische gezondheidszorg aan kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen.

Bronnen

- AVVV, NU'91, & KNMG. (2006). *Handreiking voor Samenwerking Artsen, Verpleegkundigen en Verzorgenden bij Euthanasie* (Guidelines to Support the Collaboration of Physicians, Nurses and Caretakers in Euthanasia Procedures).
- Boon, C. D. & Geeraerts, D. (2005). Van Dale groot woordenboek van de Nederlandse taal: SZ. *Van Dale Lexicografie*.
- Buijssen, H., Bruntink, R., van de, Ploeg, H., Baar, F., Stoppelenburg, A., redactie. (2003). *Einde goed, allen goed? Oog voor zorgenden in de palliatieve zorg*. Tilburg: Tred. ISBN: 90-70415-291
- Croonen, J., & Vries, C. de (2010). *De strijd voorbij: Euthanasie in de psychiatrie*. Veghel: Libra & Libris
- Derks, J., Padt, I., & van der, Boon, J. (2014). *Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige*. Eindhoven: V&VN-SPV.
- Dwarswaard, J., & van de, Bovenkamp, H. (n.d.). *Ethische dilemma's bij zelfmanagement-ondersteuning. Een handreiking voor verpleegkundigen*. Onderzoeksprogramma NURSE-CC vanuit Hogeschool Rotterdam en Erasmus Universiteit.
- Dierickx, S., Deliëns, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2017). Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC psychiatry*, 17(1), 203.
- De Boer, A. P., & Oei, T. I. (2011). Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 53(8), 543-50.
- De Veer, A. J., Francke, A. L., & Poortvliet, E. P. (2003). De rol van verpleegkundigen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. *TvZ*, (9), 42.
- Ettema, E., van Wijk, C. G., Hulst, S., & Widdershoven, G. (2019). Ervaringen en wensen van familieleden bij het omgaan met een verzoek om levensbeëindiging in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(1), 32-40.
- Everts, A. & Olthof, S. (2017). *Dansen met dilemma's - Op weg naar wederzijdse winst*. A&S. ISBN 978-90-79679-57-7.
- Expertisecentrum euthanasie. (2019). *Feiten en Cijfers*. Opgevraagd op 15 december 2019 via: <https://expertisecentrum euthanasie.nl/feiten-en-cijfers/>

- Gastmans, C. (2018). *Levenseindezorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Opgevraagd op 20 december 2019 via: <https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/Ethisch%20advies-20-DEF.pdf>
- Gastmans, C., Lemiengre, J., en de Casterlé, B. D. (2006). Role of nurses in institutional ethics policies on euthanasia. *Journal of advanced nursing*, 54(1), 53-61.
- Haarhuis, J. M. (2007). Euthanasie in de geestelijke gezondheidszorg. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 31(6), 236.
- Krogt, M. V. D. (2011). Ik maak er een eind aan. Over psychiatrie, een doodswens, en de rol van de hulpverlener. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(4), 95-106.
- Kim, S. Y., De Vries, R. G., & Peteet, J. R. (2016). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA psychiatry*, 73(4), 362-368.
- KNMG. (2009). *Euthanasie*. Geraadpleegd op 22 december 2019 via: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie.htm>
- Levenseindekliniek, S. (2019). *Jaarverslag 2018*. The Hague, The Netherlands: Stichting Levenseindekliniek.
- Nicolini, M., Peteet, J., Donovan, G., & Kim, S. (n.d.). Euthanasia and assisted suicide of persons with psychiatric disorders: The challenge of personality disorders. *Psychological Medicine*, 1-8. doi:10.1017/S0033291719000333
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). (2018). *Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*. Utrecht.
- Rijksoverheid. (n.d.). *Levenseinde en euthanasie*. Geraadpleegd op 22 december 2019 via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie>
- Struijs, A. J., & van de Vathorst, S. (2009). *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid..
- Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K., & De Deyn, P. P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ open*, 5(7), e007454.
- Tholen, A. J., Berghmans, R. L. P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W. A., Polak, F., & Scherders, M. J. W. T. (2009). *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht, The Netherlands: De Tijdstroom uitgeverij BV.
- Van Delden, J. J. M., Van der Heide, A., Van de Vathorst, S., Weyers, H., & Van Tol, D. G. (2011). *Kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven: Het KOPPEL-onderzoek*. The Hague: ZonMW.
- Van Veen, S. M. P., Weerheim, F. W., Mostert, M., & van Delden, J. J. M. (2019). Euthanasie van Nederlandse psychiatrische patiënten in 2015-2017. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(4), 241-247.
- Van Schaik, M., Metselaar, S., Bakker, E., & Witkamp, E. (2019). Zorg voor de zorgenden. *Pallium*, 21(5), 19-21.
- Van Marwijk, H., Haverkate, I., & Van Royen, P. (2008). De impact van euthanasie op Nederlandse huisartsen. *Huisarts en wetenschap*, 51(12), 588-593.
- Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2009). *Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden*. NIVEL.
- V&VN & NU '91. (2015). *Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden. Leidraad voor je handelen als professional* Van der Weij Drukkerijen BV. Hilversum. ISBN-EAN 978-90-78995-34-0