

---

# De rol van de SPV binnen een euthanasietraject

---



Marieke van der West-Kuiper  
Anita Kok

*Auteurs zijn SPV*

---

## **Inleiding**

Het aantal mensen met een psychiatrische aandoening dat jaarlijks sterft door euthanasie neemt toe. In 2021 zijn 115 mensen waarbij sprake was van psychisch lijden, gestorven door euthanasie (De Nieuws BV BNNVARA, 2022). Voor dit artikel zijn we op zoek gegaan naar de ervaringen van professionals die betrokken zijn of waren bij een euthanasietraject. Hoe zien zij de rol van de SPV/verpleegkundige binnen een euthanasietraject? Wat kunnen we van hen leren? Maar eerst schetsen we een theoretisch kader, want wat is nou eigenlijk euthanasie en hoe gaat een euthanasietraject in zijn werk?

## **Euthanasie**

Het woord euthanasie staat in Nederland voor het zelfgekozen levenseinde met behulp van een arts. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) betekent euthanasie in het Oudgrieks: een goede dood. 'Eu' betekent goede en 'thanatos' betekent dood. De NVVE geeft aan dat een arts de patiënt een middel kan toedienen, waardoor deze overlijdt. Officieel heet dit: levensbeëindiging op verzoek. Ook kan een arts een middel geven aan de patiënt, die de patiënt vervolgens zelf inneemt en waardoor hij vervolgens overlijdt. Dit heet dan officieel hulp bij zelfdoding. Een patiënt moet vragen om euthanasie, want dit kan alleen uit vrije wil. De euthanasiewet regelt deze twee vormen van zelfgekozen levensbeëindiging (NVVE).

Het is strafbaar om een einde maken aan het leven van iemand anders, ook als de patiënt er zelf om vraagt bij een arts. Toch mag een arts soms wel euthanasie of hulp bij zelfdoding verlenen, bijvoorbeeld als iemand niet meer beter wordt of als er niets meer aan het lijden te doen is, als er sprake is van ondraaglijk lijden. Om niet strafbaar te zijn moet de arts zich houden aan zes zorgvuldigheidseisen van de euthanasiewet (Rijksoverheid)

1. Vrijwillig en goed over nagedacht
2. Uitzichtloos en ondraaglijk lijden
3. Informeren over de situatie en de vooruitzichten
4. Geen redelijke andere oplossing
5. Raadplegen onafhankelijke arts
6. Medisch zorgvuldige uitvoering

Euthanasie mag volgens de wet alleen bij mensen die lijden op basis van een medische oorzaak. Euthanasie mag volgens de wet niet als mensen hun leven 'voltooid' vinden, 'moe zijn van het leven' en ook niet wanneer mensen gezond zijn (Rijksoverheid). Alleen in die situaties waarin de patiënt en de arts voor hun gevoel met de rug tegen de muur staan, omdat het lijden op geen enkele andere redelijke manier kan worden verlicht, kan als uiterst middel op verzoek van de patiënt overgegaan worden in levensbeëindigend handelen. Er is een commissie die beoordeelt of het inwilligen van het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdodingen in overeenstemming is met de zorgvuldigheidseisen (KMNG, 2021). Voor mensen met psychiatrische aandoeningen kan het moeilijker zijn om hun euthanasiewens te realiseren (NVVE).

Er bestaat volgens de wet geen recht op euthanasie. Ook dienen principiële bezwaren van artsen tegen euthanasie en hulp bij zelfdoding te worden gerespecteerd. Echter dient de behandelend arts tijdig en helder met de patiënt over de laatste levensfase te spreken als dit in zicht komt. In dit gesprek benoemt de arts wat voor hem de (on)mogelijkheden zijn, inclusief zijn eigen opvatting over euthanasie of hulp bij zelfdoding (KNMG, 2021). De patiënt kan dan besluiten naar een andere arts te stappen maar soms stuurt de arts een patiënt ook wel naar het Expertisecentrum Euthanasie (EE). Hier kunnen patiënten naartoe met een euthanasieverzoek als de eigen (huis)arts het verzoek niet kan of wil uitvoeren (Rijksoverheid).

### **Expertisecentrum Euthanasie**

De artsen van het Expertisecentrum Euthanasie (EE) zijn specialisten in euthanasiezorg (Expertisecentrum Euthanasie, 2019). EE deelt de deskundigheid die de afgelopen jaren op het gebied van euthanasiezorg is opgebouwd met de beroepsgroep. Zij begeleidt artsen en geeft advies bij euthanasietrajecten en (na)scholing. EE is een vangnet voor hulpvragers die niet bij hun eigen behandelaar terecht kunnen.

Over euthanasie bij psychiatrie zijn de meningen sterk verdeeld. Het EE vindt dat een psychiatrisch patiënt zodanig ziek kan zijn dat er geen mogelijkheden meer zijn om het lijden te verlichten. Echter, euthanasie bij psychiatrie is vanwege de vele valkuilen een ingewikkeld terrein, waar met extra behoedzaamheid gewerkt moet worden. Soms kan een psychiatrische aandoening de wilsbekwaamheid beïnvloeden of suïcidaliteit veroorzaken. Het is belangrijk dat met een psychiatrisch patiënt met een euthanasiewens het gesprek wordt aangegaan vindt het EE. Uit ervaring weten zij dat door de mogelijkheden te bespreken de patiënt soms andere opties ziet dan levensbeëindiging. Het EE motiveert daarom de (eigen) behandelaar om dit gesprek te voeren en biedt begeleiding als hij zelf het traject wil oppakken.

### **De praktijk**

Er komt heel wat bij kijken om een euthanasietraject goed te onderbouwen. Er moet niet alleen voldaan worden aan de zorgvuldigheidseisen van de euthanasiewet (Rijksoverheid), maar er dient ook rekening gehouden te worden onmogelijkheden van de arts om dit verzoek in te willigen. Euthanasie bij psychiatrie blijkt een ingewikkeld terrein waardoor een euthanasiewens van mensen met psychiatrische aandoeningen moeilijker te realiseren kan zijn (NVVE). Het is een lang, intensief en emotioneel proces, wat doorlopen moet worden alvorens de euthanasie uitgevoerd mag worden. De hulpverlener komt dicht bij het emotionele persoonlijke proces van een patiënt, echter raakt dit proces jou ook als persoon. Wat doet dit proces met jezelf als hulpverlener en als mens? Wat is de rol van een SPV hierin?

Welke ervaringen zijn belangrijk om te delen met een hulpverlener die in de toekomst te maken krijgt met een euthanasietraject? Vragen die alleen goed beantwoord kunnen worden door professionals die een euthanasietraject hebben meegemaakt. Om deze reden hebben wij een viertal professionals door middel van interviews gevraagd om hun ervaringen met ons te delen: Ineke Hartsuiker is SPV bij het kinder- en jeugdteam van het Autisme Team Noord (ATN) te Groningen, onderdeel van Lentis, Janny Maat is SPV bij BuurtzorgT te Groningen, Kit van Mechelen is psychiater bij Expertisecentrum Euthanasie (EE) en BuurtzorgT te Groningen en Geeske van der Weerd SPV/Verpleegkundig Specialist GGZ bij BuurtzorgT te Groningen.

### ***"Eelt op je ziel" (Vanmechelen, 2022)***

Kit Vanmechelen is als psychiater sinds 2016 voor acht uren per week verbonden aan het Expertisecentrum Euthanasie (EE). Tot vijf jaar geleden werd het EE nog de levenseindekliniek genoemd, dit jaar bestaat het tien jaar. Het is een kantoor in Utrecht en iedereen werkt vanuit huis. Binnen het EE is het een principe dat artsen/psychiaters euthanasieonderzoeken en uitvoeringen in een team samen te doen met een verpleegkundige. Bij psychiatrische problematiek gaat er altijd een team op pad bestaande uit een arts en verpleegkundige, waarvan één van beide ervaring in de psychiatrie heeft. Dat zijn bewust geen vaste duo's. Met als reden om objectief naar elkaars werkwijze te kunnen blijven kijken, waardoor er minder snel 'blinde vlekken' ontstaan. Kit werkt vanuit het EE voor de drie Noordelijke provincies (Drenthe, Groningen en Friesland). *"Voor het werk moet je wel een beetje eelt op je ziel hebben, daarom doen de meeste professionals dit werk aan het einde van hun carrière."* Bijna iedereen die bij EE werkt is gepensioneerd, Kit is hierop een uitzondering. Ze werkt ook als psychiater bij BuurtzorgT in Groningen en is op dit moment bij tien casussen, in verschillende fasen, betrokken. Met één casus is ze bijvoorbeeld een aantal maanden tot jaren bezig. Ineke Hartsuiker werd door een behandelend psychiater van ATN gevraagd om de ouders van een patiënt die het euthanasietraject in wilde, te begeleiden. De patiënt werd door een andere professional van het ATN begeleid. Ineke ging als toehoorder met de ouders mee naar de gesprekken met de levenseinde kliniek (dit is de voormalige naam Expertisecentrum Euthanasie). Zo kon ze de gesprekken nabespreken met de ouders.

Janny Maat, SPV bij BuurtzorgT, was als coördinerend behandelaar betrokken bij een jonge patiënt met een doodswens. Geeske van der Weerd, verpleegkundig specialist bij BuurtzorgT, was als regiebehandelaar ook verbonden aan deze patiënt. Deze patiënt gaf direct aan niet meer te willen leven. Ondanks dat de patiënt geen hulpvraag had, meldde de familie de patiënt toch aan. Ten behoeve van de familie stemde de patiënt hiermee in.. Janny, Geeske en hun collega's onderzochten de mogelijkheden om toch stappen in de behandeling te maken, maar al snel werd duidelijk dat de patiënt vastbesloten was. De doodswens van de patiënt mocht er zijn, het werd bespreekbaar gemaakt. In deze gesprekken was de patiënt heel duidelijk, het was een weloverwogen beslissing. Deze patiënt ging ook risicovolle dingen doen, er kwamen suïcidale uitingen. *"Omdat Kit van Mechelen vanuit haar functie bij het EE bekend is met euthanasie, kon men dit euthanasietraject samen met haar oppakken"*, voegde Janny eraan toe.

### **Morele bezwaren**

Morele bezwaren had Ineke niet. Ze kon zich meteen verplaatsen in de patiënt. Het leven was te zwaar en uiteindelijk had de patiënt zich waarschijnlijk gesuïcideerd, voegde ze eraan toe. Als ze morele bezwaren had gehad, was hier ruimte voor geweest om met de behandelaar te bespreken.

De ondersteuning vanuit het ATN-team was professioneel en warm. Halverwege dit euthanasietraject werd een moreel beraad gehouden in de vorm van socratisch gesprek. Hierbij ging iemand die niet direct betrokken was, in gesprek met de betrokken hulpverleners en vroeg 'waar schuurt het bij jou?' Ineke vond het lastig om er helemaal voor de ouders te zijn, omdat de patiënt daardoor het idee kon hebben dat ze iets in de melk te brokkelen had, waardoor de euthanasie niet door zou kunnen gaan. Omdat de patiënt bezwaar maakte voor de steun die Ineke aan ouders gaf, had ze het gevoel de ouders niet echt te kunnen steunen. Toch is het gelukt om deze rol te vervullen. "Ik was er voor de ouders en daardoor waren de ouders sterker en konden zij hun kind beter opvangen."

### ***"je moet het niet alleen doen" (K. Vanmechelen, 2022)***

Kit benadrukt dat je een euthanasie niet alleen moet doen. *"Het is van belang om te sparren, elkaar op te kunnen vangen, twijfels en weerstand tegen de dingen die je tegenkomt in het proces te kunnen delen. Morele bezwaren moeten worden besproken. Een euthanasieverzoek is heftig, hierbij heb je een team nodig. Het is van belang om helder te krijgen in wat voor context iemand leeft. Wat speelt er, welke diagnoses zijn er, hoeveel behandelingen heeft de patiënt gehad, wat vindt de familie ervan en wat vinden de behandelaars ervan?"*. Hierin kun je van mening verschillen. Na het eerste gesprek gaat Kit daarom in gesprek met de betrokken hulpverleners. Het is de bedoeling dat de arts, die het gaat uitvoeren, overtuigd is van de ondraaglijkheid en het uitzichtloos lijden. De arts moet het dus heel erg voelen, maar wil ook graag weten of de verpleegkundige het voelt. Soms loopt de één voor op de ander in het proces. Je kunt het pas uitvoeren als alle betrokkenen, de arts en verpleegkundige, maar ook de betrokken professionals van een behandelteam, er overtuigd van zijn dat dit het enige en beste is voor de patiënt. Bij Janny in het team is er veel ruimte geweest om afwegingen te bespreken. Er werden vragen gesteld als: Hebben we alles gedaan wat we konden, zijn we te makkelijk het traject in gegaan omdat Kit bij ons in dienst is? Daarnaast werd contra-expertise van andere instellingen gevraagd, met de vraag of er nog andere behandelmogelijkheden waren. Er werd volop samenwerking gezocht met alle betrokken partijen, zoals de huisarts en de begeleiders van de dagbesteding om ervaringen te delen en te vragen hoe men erin stond. Er werd een twee-sporen-beleid ingezet. Naast het euthanasietraject zette Janny praktische zaken in werking zoals het zoeken naar mogelijkheden voor een woonplek en het regelen van vervoer. Voor het geval dat de patiënt toch van gedachten zou veranderen en het euthanasietraject zou stoppen. *"De patiënt was echter al tien stappen vooruit, wou niet meer."* Geeske vertelde dat er op verschillende momenten ruimte was om morele bezwaren te bespreken. Ze heeft gezocht naar verpleegkundige literatuur over euthanasie op GGZ-gebied, maar er bleek alleen informatie te vinden van de specialisten van het EE. Ze kon weinig informatie vinden over de rol van de verpleegkundige hierin. Haar morele thema in de casus was dat ze de patiënt nog maar kort kende. Ze vroeg zich ook af of ze niet of wel moest ingrijpen, kon de euthanasiewens wellicht onderdeel zijn van een soort bewustzijnsvernamming bij de patiënt? Ook vroeg ze zich af of de patiënt alle behandelingen had gehad. Ze heeft zich in het begin in een spagaat gevoeld. In het team werden deze dilemma's besproken, omdat de collega's meer op afstand stonden en hun mening ook van belang was. Nieuwe morele dilemma's ontstonden toen de patiënt zich serieus genomen wist en de euthanasiedatum was afgesproken. Hierdoor klaarde de patiënt op en raakte meer ontspannen. Er was beter contact mogelijk en daardoor kwam opnieuw het idee, moeten we wel doorgaan?

De patiënt was echter ontspannen, omdat deze toeleefde naar het doodgaan. Naast de gesprekken met het team, zijn er diverse gesprekken geweest met de patiënt en de ouders. De vader van de patiënt was erg boos op Geeske en haar collega's. Hij noemde dat ze "zomaar iemand doodspoten." Dit was heel naar om mee te maken, vertelde ze. Tegelijkertijd wisten Geeske en haar collega's dat dit niet voor hen was bedoeld. Ze zag het als een uiting van de onmacht van deze vader. Het traject was heel intensief. *"Het gaat over de grens van je hulpverlenerschap. Het komt ook dicht bij je mens zijn, want ook in het weekend zijn een paar afspraken geweest, omdat het beter uitkwam. Het vroeg veel aandacht, erbij zijn dat iemand doodgaat, meehelpen dat iemand uit zijn lijden wordt verlost. Het houdt je ook buiten werktijden bezig."*

### **Vorbereiding**

Volgens Ineke gaat de voorbereiding stapsgewijs. De ouders hebben haar gevraagd of ze op de dag van sterven aanwezig voor hen wilde zijn. Ze vroeg zich af, als het over afstand-nabijheid gaat, of dit een gebeurtenis is waar je als behandelaar bij hoort? Haar team vond dat het mogelijk moest zijn, als ze dit wilde. Ineke wilde graag aanwezig zijn. Het paste bij haar rol. Ze noemde dit het ultieme present zijn. Ze kon er ook op dat moment voor ouders zijn. Janny is altijd de afwegingen blijven bespreken met collega's. Het blijven reflecteren op eigen persoonlijk handelen en blijven toetsen of er niets over het hoofd wordt gezien, vindt ze belangrijk. Ze voegt eraan toe dat een euthanasieproces onder je huid gaat zitten. Daarom is het blijven uitspreken van wat er persoonlijk in je omgaat, erg belangrijk. Ze had ook twijfels en vragen en was af en toe boos. Janny en haar team werden gedwongen om bepaalde stappen te zetten, doordat de patiënt riskanter gedrag ging vertonen.. Dit voelde soms *"als een mes haar keel"*. Dit heeft ze met de patiënt kunnen bespreken. Ze noemt het belangrijk om open en eerlijk naar jezelf te zijn en daarin ook open een eerlijk te zijn naar de patiënt. Het was ook een intiem proces.

### **De euthanasie**

Geeske was niet bij de euthanasie zelf aanwezig. Op dat moment was ze in een andere ruimte, samen met een collega en een paar vrienden van de patiënt. Ze heeft, samen met haar collega, de familie opgevangen en de lijkwagen uitgezwaaid. Ze vond het heel indrukwekkend. Ze is met een collega bij de uitvaart geweest. Dat was de wens van de patiënt. De familie kwam hen knuffelen, mensen stelden vragen en ze konden hun verhaal kwijt. Ze had het idee dat door de openheid en door de verbinding met iedereen, de familie en zichzelf ook werd geholpen. Toch heeft Geeske zich lang afgevraagd of ze niet meer had moeten doen, maar de patiënt was al veel te ver heen.

***"Je rol als mens en professional loopt helemaal door elkaar heen"***  
***(G. Van der Weerd, 2022).***

*"Het doet wel iets met je"*, geeft Ineke aan. Ze gunde het de patiënt. Ze ervoer het als mooi, dat de patiënt op deze manier rustig, met de ouders erbij kon sterven. De ouders konden het aanvaarden en men heeft afscheid kunnen nemen. Het is een humane dood geweest. Meehelpen met hoe iemand uit zijn lijden verlost wordt, was voor Geeske als GGZ verpleegkundige helemaal nieuw. Het heeft haar buiten werktijd beziggehouden en ze heeft het er met diverse mensen over gehad. Omdat het over leven en de dood gaat, gaat het over je *"gewone uren"* als beroepskracht heen, gaf ze aan. *"Je rol als mens en professional loopt helemaal door elkaar heen."* Geeske krijgt er nog kippenvel van, als ze eraan terugdenkt hoe de patiënt op het einde goede woorden wist te vinden voor diens vader, om dingen uit te leggen.

Geeske had van tevoren gezegd tegen de patiënt en de familie, dat zij en haar collega's er soms ook emotioneel van konden worden. Dit begrepen ze.

***"Ik ben begonnen als verpleegkundige, omdat ik mensen beter wilde maken en niet dood wilde maken" (J. Maat, 2022).***

Ineke is trots op haar rol in dit euthanasie traject. Professionaliteit, rust en vooruitkijken hierin zijn van belang. Als SPV ligt hierin ook een hele mooie rol door de presentiebenadering: *"Het er gewoon kunnen zijn, hoe moeilijk het ook is."* Janny heeft met haar patiënt over het onomkeerbare van het proces gehad en besproken dat deze haar overwegingen in het proces ook moet gunnen. *"Ik ben begonnen als verpleegkundige, omdat ik mensen beter wilde maken en niet dood wilde maken."* Ze heeft met de patiënt gesproken over geloof en over leven na de dood. Geeske kon ze zich verenigen met het onomkeerbare van dit proces, door naast de patiënt te staan. Al vindt ze wel dat je als mens er ook wat van mag vinden. *"Het is anders te intens om hieraan bij te dragen."*

### **De rol van de SPV / verpleegkundige**

Ineke ziet binnen de jeugdzorg een duidelijke rol voor de SPV. Ze noemt de SPV geknipt te vinden, voor het systemische werken en psycho-educatie. De SPV heeft aandacht voor de sociale impact van de stoornis en voor de mate waarin dit de patiënt belemmert in het dagelijkse leven. Ineke denkt dat de SPV er voor het systeem kan zijn, door het samen bespreken van de reden waarom iemand voor euthanasie kiest. De psycho-educatie hierbij is belangrijk, door de kennis die de SPV heeft van ziektebeelden. Ook heeft Ineke met ouders gesproken over hoe men afscheid wil nemen en onbesproken zaken nog bespreekbaar zou kunnen maken. Dat ze de ouders bij kon staan, voelde voor Ineke als ultieme zorgverlening. *"Het was een warm contact"*. Ineke ziet het als ideaal, dat zowel de patiënt als de ouders/systeem elk apart begeleiding van een SPV krijgen tijdens het euthanasietraject. Ze vult aan dat het hierin belangrijk om goed samen te werken, met respect voor de manier waarop ieder erin staat. Kit noemt de rol van een verpleegkundige belangrijk en groot. De verpleegkundige coördineert het proces. De verpleegkundige kan de patiënt ondersteunen bij het bespreken van de doodswens met de familie. Ook worden vragen over het opruimen van het huis of de zorg voor huisdieren besproken. De verpleegkundige neemt contact op als de patiënt slecht nieuws heeft gehad, of wanneer iemand lang moet wachten op antwoorden. Daarnaast verwerkt de verpleegkundige zaken in het dossier. De arts maakt de brieven. Als een behandelteam verdeeld is, dan kan de verpleegkundige voorstellen om langs te komen, de arts kan dan worden meegevraagd. De psychiater houdt zich bezig met artsen die ingeschakeld moeten worden, officiële documenten invullen, overleg met de apotheek. Tijdens de euthanasie is de verpleegkundige er voor de arts en voor de familie. De verpleegkundige zorgt ervoor dat alle spullen klaarliggen en dat iedereen koffie heeft. Het komt voor dat de verpleegkundige even naast iemand gaat zitten die het heel moeilijk heeft, of even met iemand naar buiten loopt. De verpleegkundige houdt de klok in de gaten, schrijft op een briefje op welk tijdstip de arts wat gedaan heeft. De verpleegkundige zorgt ervoor dat het proces goed loopt. De arts/psychiater is er voor de patiënt. Kit vraagt de patiënt: *"Hoe wil je het en waar wil je het en wie wil je erbij, wat wil je nog zeggen?"* Ze moet zich focussen, medicatie toedienen, kijken hoe het met de patiënt gaat en de dood vaststellen. Ze is er altijd een beetje zenuwachtig voor. *"Het is leuk om iemands wens te vervullen, maar de technische daad is natuurlijk helemaal niet leuk."*

Als de euthanasie heeft plaatsgevonden, gaat Kit samen met de verpleegkundige naar buiten om na praten. De verpleegkundige heeft een faciliterende, ondersteunende, maar ook stemhebbende rol. Janny zoekt de rol van de SPV in de verbinding met het hele netwerk, het systemische. We kunnen goed aanvoelen hoe dingen vanuit verschillende perspectieven gezien kunnen worden en we zijn meerzijdig partijdig. Het hele systeem is client en heeft een vraag. Janny legt uit dat ze de familie, ook zonder dat de patiënt erbij aanwezig was, gesproken te hebben. Dit was mede op verzoek van de patiënt. Deze zag hoe de euthanasiewens boosheid, frustratie en verdriet veroorzaakten bij de familie. *"Voor de patiënt was het fijn om te weten dat wij er ook voor de familie waren."* Daarnaast noemt Janny het belangrijk te vinden om tijdens een euthanasietraject vooruit te kijken, om rekening te houden met meerdere scenario's en hypothesen te stellen. Zo heeft ze ook zaken geregeld voor de patiënt, mocht deze van de euthanasie afzien. Geeske vindt een SPV geschikt om bij een euthanasietraject te zijn, omdat de sociaalpsychiatrische context belangrijk is. *"De rol van de SPV zit in de sociaalpsychiatrisch context, begrip voor het lijden, het betrekken van mensen daaromheen, dat is de kracht van de SPV. Je bent zelf het instrument."* Geeske kijkt naar de familie als mensen die al betrokken zijn, wij als hulpverleners zijn slechts kort betrokken. In een euthanasietraject waarbij ze op dit moment betrokken is, wilde de patiënt niet dat familie en netwerk betrokken werden. Geeske stelde als voorwaarde om in zorg te komen dat er een contactpersoon moest zijn. Deze kwam er, later bleek er nog meer familie betrokken te zijn op. Een euthanasietraject kan niet wanneer iemand alleen is. Er moeten mensen omheen staan.

## **Nazorg**

Ineke vertelde dat na het sterven van de patiënt het contact met de ouders intact is gebleven. Ze is zich bewust van hun rouw en wil ook in deze fase voor ouders beschikbaar zijn, belangeloos. Na het overlijden van de patiënt stopt de financiële vergoeding, dit houdt haar niet tegen. Af en toe krijgt ze nog een mailtje van hen, na tweeënehalf jaar. Kit legt uit dat na de uitvoering van de euthanasie het contact even helemaal stopt. De GGD-arts neemt het dossier mee, het lichaam wordt vrijgegeven aan de familie en dan is het aan hen om het afscheid vorm te gaan geven. Kit komt in principe niet op de uitvaart. Er zijn wel een paar patiënten geweest die voor haar zo dierbaar geworden zijn, ook omdat ze bijna niemand anders hadden, dat ze wel ging. Het is een standaardprocedure dat de verpleegkundige na zes weken belt met de familie om te vragen hoe het gaat met iedereen. Als familieleden zorg nodig hebben, dan wordt er meegedacht en bijvoorbeeld geadviseerd om naar de huisarts of POH te gaan. Soms wordt geopperd om nog een paar rituelen te doen als familie. Ook is het mogelijk dat de arts en verpleegkundige nog een keer bij de familie langsgaan. Sommige families zijn willen graag weten hoe de toetsingscommissie het proces heeft beoordeeld. Ze worden hiervan dan op de hoogte gesteld. Janny vertelde met de familie van de patiënt te hebben afgesproken om in de week van het overlijden telefonisch beschikbaar te zijn voor hen, indien gewenst kon ze ook bij hen langskomen. Drie maanden na het overlijden was de volgende afspraak met de familie, tussendoor is er nog een keer een fysieke afspraak geweest met familieleden die het moeilijk hadden. Een familielid gaf aan geen behoefte te hebben aan een gesprek. *"Het is goed om te legitimeren dat je er verschillend mee om kan gaan"*. Het voelde voor Geeske goed om bij de uitvaart aanwezig te zijn. Kort na de uitvaart was er een bijeenkomst met de familie en betrokken professionals en een paar weken later weer, omdat er allerlei formaliteiten geregeld en getoetst worden. Na zes weken volgt op deze toetsing een reactie.

Tussendoor gaf de familie aan dat ze de professionals nog een keer wilden spreken. Nadien is er tevens contact geweest met de dagbesteding van de patiënt en werd de huisarts op de hoogte gesteld van hoe het was gegaan.

Op de vraag of er zaken beter hadden gekund in het euthanasietraject, vertelde Ineke dat de patiënt post kreeg met het logo van de Levenseindekliniek op de envelop. Dat vond ze heel slordig. Voorheen kon de familie niet het hart luchten bij de hulpverlener zonder dat er een terugkoppeling aan de patiënt werd gedaan. Dit is nu wel mogelijk. Ineke is heel tevreden over het proces waarbij zij betrokken was. Dit geldt ook voor Janny, ze zegt niet te weten wat er anders zou moeten of beter zou kunnen. Kit noemt op de vraag wat anders kan in een euthanasietraject, dat ze graag zou zien dat verpleegkundigen/SPV de doodswens van hun patiënten kenbaar maken bij de arts of regiebehandelaar. Zodat de doodswens onderdeel van het behandelplan zijn. Geeske geeft aan dat zij en haar collega's enorm hun best hebben gedaan. Als er collega's tegen het euthanasietraject waren geweest in het team, dan zouden ze het niet gedaan hebben. Het team moet er vertrouwen in hebben om goed de afweging te maken. Anders is het team niet geschikt om dit soort trajecten aan te gaan. Geeske heeft gecheckt bij een andere organisatie of er genoeg kennis in huis is, om dit aan te gaan. Ze heeft de gelegenheid gehad om het proces te toetsen, ook achteraf met betrokken professionals en familie. Hier is niet uit naar voren gekomen dat ze zaken niet goed hebben gedaan. Ze weet niet wat ze anders hadden kunnen doen.

Op de vraag welke ervaringen belangrijk zijn om te delen met collega SPV/verpleegkundigen die in de toekomst te maken krijgen met euthanasie, noemt Ineke dat het van belang is dat de zorgverlener zelf achter euthanasie kan staan. Maar ook present zijn, achteroverleunen en kunnen verdragen dat er verdriet, woede is, zonder dit te willen veranderen. Dit is ontzettend betekenisvol werk. Kit geeft aan dat een op de twintig mensen die een euthanasieverzoek doet op basis van psychiatrie, overlijdt door euthanasie. Tien van de twintig mensen willen eigenlijk geen euthanasie, maar erkenning voor het zware lijden. De helft van de mensen laat de euthanasiewens los, als het er mag zijn. Erkenning voor het lijden en het onderdeel maken van het behandelplan als SPV is haar advies. Janny denkt dat het goed is om het eigen morele kompas helder te hebben. Wanneer de eigen morele afweging afwijkt van wat het team vindt, dan moet iemand anders dat doen. De SPV heeft een rol in het vertalen van de wens van de patiënt en het aan de orde brengen hiervan. Het is van belang om in het team te delen wat er speelt. Het is belangrijk om niet de oren en ogen daarvoor te sluiten. Wij als SPV/verpleegkundigen zijn vaak de eersten die euthanasievraag krijgen. Wees hierop voorbereid, weet wat er gedaan moet worden en waar je met vragen terecht kan. Door de euthanasievraag meer ruimte te geven, kunnen we wellicht eenzame suicides voorkomen. Ook geloof en cultuur zijn belangrijk om mee te nemen in het proces. Onderzoek welke culturele achtergrond er bij het cliëntsysteem speelt en hoe er naar de dood gekeken wordt. Geeske vindt het belangrijk dat we casusbeschrijvingen maken en deze delen. Juist omdat elke casus weer anders is. Het is tussen de patiënt en de psychiater of de vraag gehonoreerd wordt. *"Naast iemand staan is de hoogste vorm van hulp als iemand heel erg lijdt."* Hier is geen protocol voor, daarom is het goed om ervaringen te delen. Als SPV is het belangrijk om te kijken naar de context, niet sturend te zijn en naast iemand te gaan staan. Elke casus is maatwerk, dat is professionaliteit. Ze draagt er niet graag aan bij dat mensen deze keuze moeten maken, maar als het eenmaal zo is, wil ze wel helpen.

Geeske vindt het allemaal heel intens. "En liever euthanasie dan dat iemand suicide pleegt."

## Conclusie

De rol van de SPV ligt in de sociaalpsychiatrische context, begrip voor het lijden, het betrekken van mensen daaromheen. Wanneer een patiënt een doodswens heeft, is het van belang om ervoor te zorgen dat de arts of regiebehandelaar hiervan op de hoogte is, zodat de doodswens een onderdeel wordt van het behandelplan. Door het legitimeren van de doodswens, het gesprek erover aan te gaan, wordt ruimte gecreëerd om het erover te hebben met de patiënt en familie. Een euthanasietraject kan niet worden vormgegeven met een patiënt zonder betrokken familie/netwerk, hiervoor is de verbinding met anderen noodzakelijk. Verdiep je in geloof en cultuur van het cliëntsysteem. Het is als SPV van belang om persoonlijk de eigen afwegingen en/of morele bezwaren te bespreken met collega's. Blijf reflecteren op eigen handelen en blijf toetsen of er niets over het hoofd wordt gezien. Raadpleeg hiervoor collega's of maak gebruik van contra-expertise. De kracht van de SPV is het goed kunnen aanvoelen hoe dingen vanuit verschillende perspectieven gezien kunnen worden en het meerzijdig partijdig zijn. Het hele systeem is cliënt en heeft een vraag. Professionaliteit, rust en vooruitkijken zijn van belang. Maar vooral de presentie, het er zijn, ernaast staan, dienstbaar zijn. Tijdens het euthanasieproces is het vooruit kijken en hypothesen stellen van belang. Ook door praktische zaken te bespreken als hoe de patiënt afscheid gaat nemen van familie, het stellen van vragen over het opruimen van het huis of over de zorg voor aanwezige huisdieren. In het proces heeft de SPV een ondersteunende rol naar de patiënt en diens systeem, maar ook naar de arts/psychiater die de euthanasie uitvoert.

Concluderend kan worden gesteld dat de uitgangspunten van de sociale psychiatrie ook centraal staan binnen een euthanasietraject, maar het onomkeerbare van het proces maakt dat het veel vraagt van de professional. Het is ultieme zorgverlening, de rol mens en professional lopen door elkaar heen, het komt dicht bij je mens zijn.

---

## Literatuur/bronnen

- Baart, A. (2004). Een theorie van de presentie (3e druk). Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- De Nieuws BV BNNVARA. (2022, 7 juni). *Aantal euthanasieverzoeken bij psychisch lijden neemt toe*. Geraadpleegd op 2 januari 2023, van <https://www.nporadio1.nl/nieuws/gezondheid/32bf1aa3-4ebc-4f22-8786-e5e1ff37fe80/aantal-euthanasieverzoeken-bij-psychisch-lijden-nemen-toe-hoe-gaan-psychiaters-daar-mee-om>
- Expertisecentrum Euthanasie. (2019). *Standpunten*. Geraadpleegd op 10 december 2022, van <https://expertisecentrum euthanasie.nl/standpunten>
- KMNG. (2021, 29 november). *Euthanasie*. Geraadpleegd op 26 november 2022, van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie.htm>
- NVVE. *Informatie Euthanasie*. Geraadpleegd op 27 november 2022, van <https://www.nvve.nl/informatie/euthanasie>
- Rijksoverheid. *Euthanasie en de wet: sterven met hulp van een arts*. Geraadpleegd op 26 november 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/euthanasie#:~:text=Artsen%20kunnen%20in%20bijzondere%20gevallen,pati%C3%ABnt%20daar%20zelf%20om%20vraagt>.