

Geachte commissieleden,

Euthanasie op grond van psychisch lijden is een thema dat maatschappelijk veel los maakt. Hoewel het op basis van jurisprudentie al toegestaan is sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw bleef het decennialang vooral een theoretische discussie en ging het om een enkele uitvoering per jaar. Sinds 2012 is hier echter verandering in gekomen en loopt elk jaar het aantal euthanasieverzoeken en uitvoeringen op. In 2024 kregen in Nederland 219 mensen euthanasie op grond van psychisch lijden, dit was 59% meer dan in 2023 toen het 138 mensen betrof. Tegelijk blijft psychiatrische euthanasie relatief zeldzaam; het ging in 2024 om 2.2% van alle euthanasiegevallen en 0.1% van alle sterfgevallen.

Psychiatrische euthanasie houdt mij al jaren bezig, daarom ben ik ook verheugd dat het hier aandacht krijgt. Er is namelijk nog veel te bespreken en verbeteren. In het kader van transparantie wil ik graag vermelden dat ik in mijn rol als onderzoeker bij het Amsterdam UMC en 113 zelfmoordpreventie verschillende wetenschappelijke projecten heb lopen gefinancierd door ZonMW, Stichting VCVGZ en de NVVE. Daarnaast werk ik als ouderenpsychiater bij GGZ inGeest waar ik regelmatig patiënten zie met euthanasiewensen en waar ik ook het instellingsbeleid ten aanzien van euthanasie probeer te verbeteren. Ik ben medeoprichter van ThaNet, een landelijk kennisnetwerk gesteund wordt door het Ministerie van VWS. En tenslotte geef ik namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie leiding aan de herziening van de psychiatrische euthanasierichtlijn. In de praktijk zijn al deze rollen complementair en zit ik hier op persoonlijke titel.

### 1. Een stijging hoeft geen helling te zijn

Gekeken naar bovenstaande stijgingscijfers snap ik goed dat het idee is ontstaan dat we ons op een hellend vlak bevinden, zoals ook geïmpliceerd wordt in de motie Herzberger/de Korte. Hierbij is het idee dat omdat *meer* mensen euthanasie krijgen, het ook *makkelijker* is geworden. Hoewel ik de intuïtie snap, is er geen data die dit laatste onderbouwt. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond hoe deze groep er gemiddeld uit ziet; het zijn vaker vrouwen, met zeer langdurige en complexe psychische problematiek waarbij depressie en persoonlijkheidsstoornissen geregeld voorkomen. Wat we nog niet weten is hoe deze groep zich over de tijd ontwikkelt. We weten niet hoe deze groep er momenteel uit ziet, of de gemiddelde leeftijd is gedaald en of het mensen zijn die minder ziek zijn of minder uitgebreid zijn behandeld. Het ongemak rondom de stijging is begrijpelijk, maar voor een écht op feiten gebaseerd maatschappelijk gesprek missen we simpelweg nog veel kennis. *Om deze reden roep ik ook op om te investeren in langlopend en structureel gefinancierd onderzoek naar psychiatrische euthanasie.*

### 2. Euthanasieverzoeken vormen een spiegel voor de GGZ

Wat we in de praktijk en in wetenschappelijk onderzoek zien is dat jongeren die uiteindelijk euthanasie krijgen veel (gedwongen) crisiszorg hebben gekregen, maar ook vaak tussen wal en schip zijn beland. Het zijn de inmiddels helaas bekende verhalen van jongeren die als 'te complex' worden beschouwd en daarom niet goed in zorg komen, waardoor ze in continue crisis blijven met toename van klachten als gevolg. De GGZ schiet hierin tekort; het zorgaanbod voor deze complexe groep moet beter toegankelijk worden en we moeten stoppen met het sluiten van derdelijns kenniscentra. De financieringsstructuren helpen hier niet bij en de druk op GGZ-teams om hun behandelingen in te korten en hun caseloads te beperken ook niet. Dit maakt dat mensen die moeilijk te helpen zijn worden uitgeschreven en 'terugverwezen' naar de huisarts. Dit is natuurlijk een zeer demoraliserende boodschap, die kan bijdragen aan een euthanasieverzoek. Beide trends (niet goed in zorg komen en 'uitbehandeld' terugverwezen worden naar de huisarts) zijn zeer

onwenselijk en verbetering van de zorg kan waarschijnlijk leiden tot minder euthanasie. Deze logische aanname wordt met enige regelmaat aangegrepen als argument tegen euthanasie. Onder andere ervaringsdeskundigen brengen hier echter tegenin dat ze het onterecht vinden dat de steken die we als maatschappij en GGZ laten vallen reden zouden zijn om mensen met psychische klachten toegang tot euthanasie te ontzeggen. Zelf denk ik dat beide waar kan zijn; de slechte staat van de GGZ kan leiden tot meer euthanasieverzoeken, maar hoeft geen reden te zijn om deze groep toegang tot euthanasie te ontzeggen. *Wel roep ik op om de stijgende euthanasiecijfers te zien als reden om te investeren in de GGZ en in het bijzonder in de zorg voor jongeren met complexe en hardnekkige problematiek.*

### 3. Help de GGZ om tot een gebalanceerde praktijk te komen

De GGZ krijgt van ons als maatschappij de opdracht om als eerste land van de wereld twee taken te combineren; enerzijds moeten we zelfdodingen voorkomen, anderzijds moeten we in specifieke gevallen levens beëindigen. Dit veroorzaakt een fundamentele verandering van ons vak die verder reikt dan het toetsen en uitvoeren van euthanasie. Dat een geassisteerde dood tot de mogelijkheden behoort verandert de dynamiek in onze spreekkamers en op onze afdelingen. Van collega's in de kind- en jeugdpsychiatrie hoor ik dat dit ook sterk voor hun geldt. Dat dit bij hulpverleners tot reserve leidt vind ik begrijpelijk en het is goed mogelijk dat deze bij een deel zal blijven bestaan. Ik denk ook dat we er als maatschappij goed aan doen om hier begrip voor op te brengen. Tegelijk ben ik er op basis van mijn ervaring en onderzoek tot de conclusie gekomen dat in specifieke gevallen euthanasie een passende oplossing kan zijn. Hoe we hier balans in moeten vinden blijft voor mij een open vraag. Ik put hoop uit de toename aan lokale initiatieven van GGZ-instellingen en behandelaren die tot zorgvuldige en gebalanceerde oplossingen komen. Deze initiatieven verdienen onze steun en mede daarom zijn we ook [ThaNet](#) gestart. Dit multidisciplinaire kennisnetwerk stelt ervaringsdeskundigen, hulpverleners en bestuurders in staat om met elkaar in gesprek te treden en om hun kennis te delen. Een mooi voorbeeld, specifiek voor jongeren, is de uitstekende [handreiking](#) die Accare recent via ThaNet gedeeld heeft. *Hieruit volgt mijn oproep om begripvol te blijven naar hulpverleners met reserves en om degenen die zoeken naar een gebalanceerde euthanasiepraktijk via ThaNet te blijven steunen.*

### 4. Stimuleer een fundamenteel gesprek over doodswensen

Niet meer willen leven kent veel gezichten; mensen kunnen een (psychiatrische) euthanasiewens hebben, acuut of persisterende suïcidale klachten hebben, levensmoe zijn of een voltooid leven hebben. Maar ook zijn er mensen die willen sterven in eigen regie, die ervoor kiezen om niet meer behandeld te worden of die beslissen om te stoppen met eten- en drinken. Momenteel worden deze doodswensen veelal behandeld als op zichzelfstaande fenomenen, maar in de werkelijkheid bestaan ze vaak naast elkaar of gaan ze in elkaar over. De afgrenzing blijkt in de praktijk ongelooflijk ingewikkeld. Door te blijven doen alsof we verschillende doodswensen netjes naast elkaar bestaan en gemakkelijk uit elkaar gehaald kunnen worden doen we onszelf en de mensen om wie het gaat tekort. Initiatieven voor de ene groep, hebben ook invloed op de andere groepen, daar moeten we rekening mee houden. *Daarom roep ik u als volksvertegenwoordigers op om bij nieuwe initiatieven altijd oog te blijven houden voor de complexiteit van doodswensen en om wetenschappelijk onderzoek te stimuleren dat dit fenomeen in een brede context beschouwd.*

Met vriendelijke groet,

Dr. SMP van Veen  
Psychiater en onderzoeker