**Position paper Matthijs van Schendel**

**Welke ervaringen maakt u in uw dagelijkse praktijk mee waardoor u ervoor kiest om wel of geen euthanasie te verlenen bij ondraaglijk psychisch lijden bij jongeren?**

Als psychiater maak ik geen onderscheid op basis van leeftijd, als het gaat om een verzoek tot euthanasie. Als iemand een dergelijk verzoek doet, dan onderzoek ik de wens tot euthanasie op basis van iemands levensverhaal, behandelgeschiedenis, de gepercipieerde lijdensdruk en objectiveerbare lijdensdruk die ten uiting komt in iemands functioneren als individu en in zijn maatschappelijke rollen. Voor mij moet uit deze elementen logischerwijs en invoelbaar volgen dat de situatie uitzichtloos en ondraaglijk is. Ik maak geen onderscheid, omdat ik in het werk heb mogen ervaren dat juist ook jonge mensen ernstig kunnen lijden en een zeer duidelijke persisterende doodswens hebben. Zij willen dit leven niet en hoe onbegrijpelijk dat ook lijkt te zijn voor een buitenstaander. Ik zie het als mijn taak als arts om te onderzoeken of het te begrijpen is en reëel is. Ik ben ervan overtuigd dat het recht doet aan ieder individu, om iemand serieus te horen en samen te onderzoeken wat iemands perspectieven zijn. Het beoordelen van het verzoek is een belangrijk onderdeel van het proces om te zien of iemand nog tot motivatie voor het leven (en behandeling) kan komen.

Wat ik zie in de praktijk is dat jonge mensen (< 30 jaar) die vragen om euthanasie onverminderd een lange behandelgeschiedenis hebben. Het gaat om mensen die geconfronteerd worden met vroegkinderlijke trauma’s die een enorme invloed hebben op de ontwikkeling van het kind en zich uiten in een scala aan psychiatrische symptomen en diagnoses, waaronder (niet limitatief) een persoonlijkheidsstoornis, PTSS en depressies. Vaak zie ik mensen die in de basis niet goed geleerd hebben hoe zij zich moeten hechten aan andere mensen en daardoor ernstig gemankeerd zijn in het contact met anderen. Daarnaast zie ik ook veel mensen die vanwege autisme hun plek in de maatschappij niet kunnen vinden. Ze ervaren problemen in de prikkelverwerking en kunnen daardoor sociale interactie niet of nauwelijks aan, of hebben beperkingen in de interpersoonlijke communicatie. Ze voelen zich niet begrepen en begrijpen de ander niet en dat maakt ze eenzaam.

**Welke procedure hanteert u op het moment dat een jongere zich bij u meldt met een verzoek om euthanasie wegens ondraaglijk psychisch lijden?**

Bij jonge mensen ligt voor mij de beoordeling van het ontwikkelpotentieel op de voorgrond. Om dat goed te beoordelen moet er een goede beschrijving van de behandelgeschiedenis zijn, duidelijke diagnoses gesteld zijn en moet de patiënt mij kunnen uitleggen waarom die zelf geen perspectief meer ziet. In essentie is dit iets wat bij elke euthanasie vraag goed beoordeeld moet worden, maar bij jongeren moet men zich afvragen of het perspectief nog kan veranderen bij verandering van levensfases en levensomstandigheden. In mijn opinie is het perspectief hierop voor de jonge mensen met een euthanasie verzoek die ik heb beoordeeld, onverminderd erg klein geweest en het lijden dermate significant, dat een perspectief van jaren wachten, in mijn optiek en die van de second opinion psychiater en SCEN-arts, onmenselijk was.

Het overleg met anderen is bij een jongere zeer wenselijk. De betrokkenheid van een steunsysteem, behandelteam en de huisarts helpen bij het beoordelen van de vraag.

Bij twijfel zou ik altijd adviseren om eerst nog verder onderzoek te laten doen. Dan kan men denken aan een verwijzing naar een tertiair centrum of een second opinion bij een collega met meer kennis en ervaring.

Ik wil benadrukken dat de beoordeling van een situatie per individu verschillend is en dat het narratief inzicht geeft in welke elementen de doorslag geven over het perspectief van het individu. Bij een euthanasieverzoek geldt: elk geval is uniek.

**Hoe beoordeelt u de bestaande richtlijnen voor euthanasie bij psychisch lijden van jonge mensen?**

Het ontbreekt in de richtlijn van de NVVP en in de euthanasiecode een specifieke paragraaf over deze groep jonge mensen. In mijn optiek is een aanvullende paragraaf niet strikt noodzakelijk. Het is volstrekt helder dat in het kader van een euthanasieverzoek bij psychisch lijden, extra zorgvuldigheid moet worden betracht. De procedure heeft daarin al ruimte gemaakt voor een onafhankelijke second opinion door een psychiater, SCEN-arts die indien nodig ook SCEN-psychiater kan zijn. Mijn eigen ervaringen zijn dat al deze elementen bijdragen aan een gedegen besluitvorming.

De NVVP heeft een commissie ingesteld die de huidige richtlijn gaat evalueren en herzien en ik heb het volste vertrouwen in het feit dat de beroepsgroep dat op zorgvuldige wijze gaat doen. De huidige richtlijn toont de zorgvuldigheid waarmee onze beroepsgroep tot nu toe altijd is omgegaan met dit onderwerp. Dat staat in schril contrast met de uitspattingen van de afgelopen maanden. De reacties van de NVVP en de KNMG zijn daarentegen duidelijk. Om tot professionele normen te komen, moet de inhoudelijke dialoog gevoerd worden binnen de beroepsgroep en ik heb er vertrouwen in dat we dat als beroepsgroep kunnen doen.

**Welke drempels ziet u nu bij het begeleiden van de jongeren die ondraaglijk psychisch lijden en hun naasten?**

De jongeren met psychisch lijden en een euthanasiewens zijn geen homogene groep. Er spelen vaak meerdere en verschillende psychische problemen een rol. In algemene zin zie ik wel dat er problemen en drempels zijn om jongeren goed te begeleiden.

Het huidige systeem kent hiaten. Er zijn te veel schotten tussen organisaties, maar ook tussen de verschillende wetten en kennisgebieden. Een belangrijk element voor duurzaam herstel is het kunnen opbouwen van een behandelrelatie. Dit is voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen lastig. Ze geven hun vertrouwen maar langzaam en het is met kleine problemen ook weer weg. Het vraagt een langdurige commitment. Te veel wisselingen in behandelteams beïnvloeden de effecten van behandeling negatief. Het zorgaanbod is te versnipperd geraakt.

Het is belangrijk dat het lange termijn perspectief bewaakt wordt en wat er moet gebeuren om daar te komen. Dat vraagt vaak een lange adem, rust, voorspelbaarheid en transparantie. Als er dan geen vast behandel- of begeleidingsteam is, dan kan dit ook niet goed bewaakt worden. Vanwege verschillende omstandigheden lukt het niet altijd om dat te organiseren. Dat kan met systeemfactoren te maken hebben, zoals financiering en met wachtlijsten / capaciteitsgebrek. Er speelt mijns inziens ook mee dat verschillende behandelteams, verschillende visies op problemen kunnen hebben en zo hun eigen aanpak volgen. Dat is op zichzelf geen probleem, maar voor de complexe doelgroep zou je wel meer eenduidigheid willen. Het is mijns inziens ook een gebrek aan specifieke kennis bij begeleidende teams in combinatie met beperkte tijd om iemand echt te leren kennen en begrijpen.

Een laatste belangrijk aspect is dat iedereen zich moet realiseren dat er voor veel psychische problemen geen quick fixes zijn en zeker niet als er sprake is van meerdere psychische problemen. Er is vaak geen gouden standaard die bepaald of iemand herstelt. Een behandeling vraagt bijna altijd maatwerk, zeker als het gaat om een combinatie van ernstige psychische aandoeningen.