

Psychiatrische euthanasie in Nederland: Een kritisch wetenschappelijk en klinisch onderzoek

Wat het bewijs, de uitkomsten en de gedocumenteerde praktijk laten zien

1. VOORWOORD & DOELSTELLING

Meer dan een jaar geleden las ik een artikel over de geplande euthanasie van een 28-jarige Nederlandse vrouw genaamd Zoraya vanwege haar depressie, een zekere mate van autisme, en persoonlijkheidsstoornis [1]. Ze leek een intelligent persoon, volledig autonoom en zonder fysieke of cognitieve beperkingen, die twee keer per week ging winkelen en tv keek zoals wij allemaal, die in haar eigen huis woonde met een liefhebbende partner en twee katten [2]. Ik was met stomheid geslagen dat een dokter, een rationele en door de wetenschap gedreven professional, haar op een dag zou benaderen en opzettelijk zou doden [3]. Naast mijn geloof in de wetenschap, logica, en het algemeen verstand houd ik er geen religieuze overtuigingen op na, en euthanasie lijkt mij naar mijn bescheiden mening een humane beslissing in aangrijpende, onomkeerbare en ondraaglijke situaties waarin geen verbetering meer mogelijk is. Dat is ook precies wat er in de Nederlandse wet staat: euthanasie is alleen toegestaan bij onbehandelbare, onomkeerbare medische aandoeningen waarbij er geen uitzicht is op verbetering, die ondraaglijk lijden veroorzaken [4]. Inmiddels heb ik vernomen dat de euthanasie van deze jonge vrouw geen op zichzelf staand geval was, maar dat psychiatrische euthanasie redelijk gangbaar is en jaarlijks bij meer dan 200 patiënten in Nederland wordt uitgevoerd [5]. Eén van de patiënten die op euthanasie wacht, is een 40-jarige moeder van twee jonge kinderen die sinds de bevalling aan een ernstige depressie lijdt. Voordat ze deze stap zet, staat er echter een gesprek gepland waarbij haar psychiater en een rouwbegeleider haar kinderen zullen uitleggen waarom hun moeder gedood moet worden [6]. Ik kwam een rapport tegen van het Expertisecentrum Euthanasie over de psychiatrische patiënten aan wie in Nederland euthanasie is verleend, en heb alle 140 pagina's ervan gelezen [7]. De voornaamste diagnoses van degenen die euthanasie ondergingen, hielden verband met stemmingsstoornissen, trauma of stress (slachtoffers van seksueel misbruik, pesten, geweld of andere traumatische gebeurtenissen), schizofrenie, bipolaire stoornis, persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen, obsessieve-compulsieve stoornis, autisme, ADHD, verslavingsstoornissen, of een combinatie hiervan. Verbazingwekkend genoeg hebben ook eetstoornissen, somatisch-symptoomstoornis (een aandoening waarbij een patiënt significante lichamelijke symptomen ervaart die leed veroorzaken en het dagelijks leven beïnvloeden, maar die niet volledig door een medische aandoening kunnen worden verklaard) of postnatale depressie tot euthanasie geleid. Zelfs *persistent genital arousal disorder* en het onvermogen om een orgasme te krijgen hebben geleid tot euthanasiegesprekken met artsen [8]. Hoe konden artsen zoals ik dit goedkeuren, ondersteunen en er zelfs actief aan deelnemen? Mijn gevoelens van woede en onbegrip waren zo diep en conflicterend tegenover deze praktijk, en zo onverenigbaar met mijn idee van op de wetenschap gebaseerde geneeskunde, dat ik me genoodzaakt voelde de kwestie aan te pakken op de enige manier die ik kon: namelijk op een wetenschappelijke manier. Het doel van dit artikel is dan ook om alle beschikbare gegevens over het onderwerp psychiatrische euthanasie, d.w.z. euthanasie om psychische redenen bij niet-seniele patiënten zonder enige lichamelijke aandoening, kritisch te evalueren en samen te vatten.

2. MATERIALEN & METHODEN

Ik heb besloten om mezelf te beperken tot feiten, cijfers en bewijs, om tot enig soort van conclusie te kunnen komen en hier inzicht in te kunnen krijgen. Het volgende bewijs is het resultaat van een 18 maanden lang durend onderzoek. De selectiecriteria omvatten peer-reviewed artikelen in elke taal (maar vooral in het Engels en Nederlands), waaronder relevante medische literatuur tot dan toe verschenen (november 2025) over euthanasie om psychiatrische redenen, patiëntgesprekken, waaronder beoordelingen van gerenommeerde vooraanstaande deskundigen op het gebied van de psychiatrie en Nobelprijswinnaars. Gezien de grote hoeveelheid data zijn de meest relevante bevindingen en aandachtspunten in de resultaten per onderwerp samengevat.

RESULTATEN

3. Enkele van de meest recente bekende gevallen van psychiatrische euthanasie: het topje van de ijsberg

Zoraya ter Beek, 29 jaar oud, onderging euthanasie vanwege chronische depressie, angst en trauma als gevolg van pesten, en een persoonlijkheidsstoornis. Zij was voorstander van euthanasie om psychiatrische redenen en hield hierover lezingen, woonde haar hele volwassen leven (de laatste 10 jaar) met een liefhebbende, steunende partner in haar eigen huis en ze ontving geen andere behandelingen in de 4 jaar voorafgaand aan haar euthanasie. Toch werd haar lijden als ondraaglijk beoordeeld en werd ze als ongeneeslijk beschouwd. Een van de vooraanstaande deskundigen sprak zich publiekelijk uit voor haar euthanasie [1,2,9,10].

Milou Verhoof, 17 jaar oud, onderging euthanasie vanwege een suïcidale depressie die werd veroorzaakt door het gebruik van sociale media. Haar moeder was van mening dat ze leed aan een posttraumatische stressstoornis in plaats van aan een depressie, aangezien ze tijdens die kwetsbare jaren ook seksueel was misbruikt. Bepaalde therapieën konden niet onmiddellijk in gang worden gezet vanwege jarenlange wachtlijsten. Een van de toonaangevende deskundigen, die nooit de behandelend arts van de patiënt was geweest, versnelde de toestemming voor euthanasie en voerde de euthanasie zelf uit [6,11].

Romy, 21 jaar oud, had een traumatische ervaring meegemaakt en leed daarnaast aan ADHD en enkele eetstoornissen. Toegang tot therapiefaciliteiten werd bemoeilijkt door de eis dat eerst persoonlijkheidsproblemen moesten worden opgelost, wachtlijsten waren te lang, en uiteindelijk onderging ze euthanasie. De familie nam contact op met dezelfde vooraanstaande deskundige die Milou Verhoof euthanasie had verleend. Hij bood onmiddellijk zijn diensten aan om het euthanasieproces te versnellen [12,13].

In tegenstelling tot wat men zou denken, waren deze drie jonge meisjes autonoom, onafhankelijk, hadden geen cognitieve beperking en hadden ze vrienden en accounts op sociale media. De gepubliceerde uitspraken van de regionale commissies voor de toetsing van euthanasie voor sommige gevallen waarbij psychiatrische euthanasie is verleend omvatten een aanzienlijk aantal minderjarigen met een psychiatrische aandoening, veel slachtoffers van seksueel misbruik die hun trauma niet konden verwerken, eenzame en sociaal geïsoleerde patiënten, enz. [14]. Deze patiënten hadden niet alleen te kampen met hun psychiatrische aandoeningen, maar werden ook beïnvloed door een voorgeschiedenis van misbruik (Nederland heeft een van de hoogste percentages seksueel misbruik van minderjarigen in de EU [15]), waarbij ze soms onder psychiatrische zorg stonden [16]. Ze hadden ook te maken met een gefragmenteerd zorgstelsel.

4. Euthanasie om psychiatrische redenen voorkomt geen suïcides, maar leidt juist tot een toename van het aantal dode patiënten

Een van de belangrijkste argumenten voor psychiatrische euthanasie is dat hulp bij levensbeëindiging het suïcidecijfer van gewelddadige en traumatische suïcides zou verminderen [17,18]. Maar Nederlandse statistieken laten een ander verhaal zien. Volgens het CBS daalt het aantal suïcides in Nederland niet. Het is zelfs gestaag gestegen onder mensen tot 40 jaar en heeft zijn hoogste niveau bereikt in de afgelopen twintig jaar [19]. Terwijl het percentage euthanasieën ten opzichte van het totale aantal sterfgevallen is gestegen van 1,6% in 2007 naar 4,8% in 2021, is ook het aantal suïcides toegenomen, van 8,3 per 100.000 inwoners in 2007 naar 10,6 in 2021, een stijging van 27% [17]. Er is dus geen bewijs dat psychiatrische euthanasie leidt tot minder suïcides, zoals ten onrechte wordt beweerd of indirect wordt gepromoot door het Expertisecentrum Euthanasie of de nieuwe Stichting KEA, die zich uitsluitend richt op de euthanasie van psychiatrische patiënten [20]. Uit verschillende internationale onderzoeken blijkt en Nederlandse deskundigen hebben ook aangetoond dat de beschikbaarheid van euthanasie of hulp bij zelfdoding het aantal niet-begeleide suïcides of zelfbeschadiging niet vermindert, maar juist het aantal niet-begeleide suïcides doet toenemen in vergelijking met vergelijkbare buurlanden waar geen psychiatrische euthanasie bestaat, met name bij vrouwen [17,21–23]. Schattingen wijzen erop dat wetten inzake hulp bij zelfdoding het aantal zelfverkozen overlijdens met 18% doen toenemen, en in het geval van vrouwen met 40% [24]. Bijgevolg trekt de beschikbaarheid van euthanasie om psychiatrische redenen mensen aan en moedigt deze hen aan om voor euthanasie te kiezen terwijl ze anders niet door suïcide zouden sterven. Dat is de reden waarom bekende voormalige voorstanders van psychiatrische euthanasie hun standpunt hebben herzien: “Door deze gewaagde stap te zetten (het toestaan van psychiatrische euthanasie), dacht ik dat we suïcide zouden kunnen reguleren en de al te frequente gevallen waarin iemand zichzelf van het leven berooft, zouden kunnen beperken. Ik had het mis.” [17]. Als we naar de gegevens

van de Wereldbank kijken, zien we ook dat Nederland, samen met België, een van de hoogste suïdecijfers onder de vrouwelijke bevolking in de Europese Unie heeft, en dat dit stijgt [25]. Bovendien is de prevalentie van psychiatrische aandoeningen de afgelopen 10 jaar gestegen van 17,4% naar 26,1%, wat niet verklaard kan worden door de coronapandemie [26]. Bovendien bieden de “deskundigen op het gebied van psychiatrische euthanasie”, wanneer zij worden geconfronteerd met acute suïcidale patiënten, naast het aanbieden van euthanasie geen enkele zinvolle suïcidepreventie, terwijl zij al meerdere suïcides op hun naam hebben staan [27]. Dit suggereert indirect dat Nederland in vergelijking met andere EU-landen de expertise mist om op de juiste wijze voor psychiatrische patiënten te zorgen. Naast het hogere en stijgende aantal suïcides neemt het totale aantal sterfgevallen verder toe wanneer de psychiatrische patiënten die euthanasie hebben ondergaan, worden meegerekend. Nederlandse onderzoekers hebben al aangetoond dat de toename van niet-begeleide suïcides en psychiatrische euthanasie neerkomt op een stijging van bijna 50% in zelfverkozen overlijdens in Nederland in de afgelopen 10 jaar [28].

Ondertussen willen de psychiatrische euthanasie-experts het aantal suïcidepogingen terugdringen door euthanasie gemakkelijk beschikbaar te maken. Voor elke dood door suïcide zijn er echter ongeveer 20-30 suïcidepogingen [29–31]. Zelfs als je herhaalde pogingen door dezelfde persoon buiten beschouwing laat, krijg je, als je dit nieuwe aantal vermenigvuldigt met de 1862 sterfgevallen door suïcide in 2023 in Nederland [19], een aantal patiënten dat in de tienduizenden loopt aan wie potentieel euthanasie kan worden verleend. Dat betekent tienduizenden extra sterfgevallen per jaar door euthanasie gemakkelijk beschikbaar te maken. Dat is wat deze experts gaan bereiken, en ze zijn niet bang om dat op schrift te stellen [20].

5. Er moet aan tot 25 psychiatrische patiënten die om euthanasie vragen, euthanasie worden verleend om één suïcide te voorkomen

Deze conclusie kan al worden getrokken op basis van de beschikbare gegevens van Nederlandse instellingen. Uit het rapport van het Expertisecentrum Euthanasie blijkt dat van de 1553 psychiatrische patiënten die om euthanasie verzochten, inclusief 891 afgewezen gevallen, slechts 59 (3,8%) door suïcide zijn overleden, terwijl meer dan 300 hun verzoek introkken en in leven bleven [6,7]. Dit toont aan dat suïcide zelfs in deze hoog-risicogroep relatief zeldzaam is. Het aantal dat nodig is om schade te veroorzaken kan zo laag zijn als 5, uitsluitend gebaseerd op patiënten die hun verzoek introkken na te lang te hebben gewacht. Maar rekening houdend met de volledige cohort en de aanhoudende trends naar bredere toelatingscriteria en versnelde procedures, ligt het aantal dat nodig is om schade te veroorzaken wellicht dicht bij 25, gezien de prevalentie van suïcide onder alle 1553 patiënten. Met andere woorden: voor elke suïcide die mogelijk wordt voorkomen, zullen minstens 25 levens voortijdig beëindigd zijn, waarvan de meesten anders het wellicht zouden hebben overleefd of zijn hersteld. Dit roept een ethische vraag op: is het aanvaardbaar om aan zoveel mensen euthanasie te verlenen alleen omdat een fractie van hen (minder dan 4%) suïcide pleegt? Bovendien: hoeveel van de 149 patiënten aan wie euthanasie is verleend zouden van gedachten zijn veranderd en niet tot suïcide zijn overgegaan als ze meer tijd of toegang tot empirisch onderbouwde behandelingen hadden gekregen?

6. Gebrek aan suïcidepreventie en ondersteuning voor gezinnen: daar heb je psychiatrische euthanasie

Uit recente gegevens blijkt dat er belemmeringen en uitdagingen zijn voor een effectieve uitvoering van suïcidepreventie in Nederland. Bezuinigingen, personeels- en tijdgebrek, een toegenomen werkdruk in de ggz, het aanbieden van ondermaatse zorg, hun operationele isolatie en gebrek aan communicatie met andere zorgverleners of instellingen, het niet volgen van een afgesproken behandelplan door ggz-professionals of soms simpelweg het in de steek laten van de patiënt, belemmeren het herstel of roepen gevoelens van afwijzing op bij de patiënt [26,27,32]. De ineenstorting van ondersteuningsstructuren, of het nu gaat om onvoorziene sluitingen of herverdeling van middelen, heeft veel patiënten achtergelaten zonder stabiliserende routines of therapeutische continuïteit. In verschillende gevallen gingen dergelijke verstoringen direct vooraf aan een verslechtering van de psychische toestand en leidden ze tot verzoeken om psychiatrische euthanasie [16,33]. Dit gebrek aan psychiatrische zorg wordt verder onderstreept door de massale rechtszaak die in mei 2024 door patiënten en professionals in de ggz is aangespannen tegen de staat en zorgverzekeraars vanwege ‘onaanvaardbaar lange’ wachtlijsten voor mensen die psychiatrische zorg nodig hebben [34]. Hier komen het Expertisecentrum Euthanasie en de Stichting KEA in

beeld. Beide beweren zich te richten op het welzijn van patiënten, maar op hun officiële websites is geen enkel woord, aanbeveling of advies te vinden over suïcidepreventie [35,36]. Er is zelfs een knop op hun website: 'U zoekt hulp', maar in plaats van de lezer door te verwijzen naar websites over suïcidepreventie of de ggz, wordt daar juist uitgelegd hoe hopeloos en ondraaglijk lijden kan zijn en dat euthanasie gerechtvaardigd kan zijn, evenals advies gegeven over hoe men dit kan verkrijgen [37]. De Stichting KEA heeft zelfs verklaard dat het haar doel is om meer euthanasie voor psychiatrische patiënten mogelijk te maken en te bieden, en ook om suïcides en pogingen tot suïcide te verminderen door euthanasie gemakkelijker beschikbaar te maken [36]. Enerzijds beweren deze artsen en instellingen dat euthanasie suïcides voorkomt door vastberaden suïcidale patiënten een veilige manier te bieden om te sterven en de traumatische ervaring voor hen en hun families van een mogelijk gewelddadige en onverwachte dood te vermijden. Anderzijds biedt euthanasie, als de patiënten te bang zijn om in hun eentje uit het leven te stappen, dezelfde veilige en comfortabele manier om te sterven in een omgeving waar geen angst voor de dood of pijn bestaat. Dus of suïcidale patiënten nu de moed hebben om uit het leven te stappen of niet, de geneeskunde zorgt er nu voor dat deze patiënten uiteindelijk overlijden.

Verrassend genoeg verwijzen het Expertisecentrum Euthanasie en de Stichting KEA geen patiënten door naar aanbieders van suïcidepreventie; het tegenovergestelde is juist het geval. De landelijke organisatie voor suïcidepreventie in Nederland, de Stichting 113 Zelfmoordpreventie, heeft een hele webpagina gewijd aan het Expertisecentrum Euthanasie, met verschillende onderwerpen hierover, zoals wat het Expertisecentrum Euthanasie is, hoe het werkt en hoelang het euthanasieproces duurt [38]. Stichting 113 Zelfmoordpreventie verklaart openlijk dat zij zich niet verzet tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding, en adviseert patiënten met wie zij contact kunnen opnemen voor meer informatie [39]. Deze stichting is ook een bekende voorstander van het Zero Suicide Initiative, waarin verschillende landen samenwerken om betere suïcidepreventie te bieden in de ggz [40,41]. Gezien het feit dat de missie van de stichting luidt: "een land waarin niemand eenzaam en radeloos sterft door zelfdoding" [39], roept het verstrekken van gedetailleerde informatie over euthanasie en directe doorverwijzing naar uitvoerders van euthanasie [38] de vraag op of hun interpretatie van het Zero Suicide Initiative een visie zou kunnen omvatten waarin zelfdoding niet wordt voorkomen, maar juist medisch wordt gefaciliteerd.

Er zijn ook andere instellingen, zoals ThaNet [42], waarvan de missie is ervoor te zorgen dat "iedereen met psychische klachten recht heeft op een goed gesprek over de dood als ze dat willen, in de hele ggz mogelijk wordt" [43]. Het doel van ThaNet is echter ook het bevorderen van "een fundamentele cultuurverandering" waarin deelname aan de dood normaal en toegankelijker wordt voor mensen met een psychiatrische aandoening en aanhoudende doodswensen. De organisatie wil "ook praktische en organisatorische problemen oplossen", zoals "We zetten ons in om meer psychiaters second opinions te laten uitvoeren in het kader van een euthanasietraject" en het proces versnellen [43]. De huidige voorzitter van ThaNet gaat zelfs zo ver dat hij een ongebruikelijke vorm van hoop biedt: "hoop en perspectief te bieden op een goed stervensproces" [44]. Sommige bestuursleden van ThaNet roepen zelfs op om psychiatrische behandelingen te stoppen en voor euthanasie te kiezen: "Ik hoop dat andere ouders hiervan leren dat je er maar beter voor je kind kunt zijn; blijf niet pushen en proberen; houd op nog eventuele behandelingen voor te stellen...Deze humane wijze van sterven is, zowel voor de patiënt als de naasten, absoluut te verkiezen boven welke lijdensweg dan ook" [18]. Deze instelling werkt niet alleen samen met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de ggz, maar is ook verbonden met het Expertisecentrum Euthanasie, de Stichting KEA en zelfs de Stichting 113 Zelfmoordpreventie. Naast het bevorderen van de dood van behandelbare patiënten en het oproepen om te stoppen met psychiatrische behandelingen, ontvangt ThaNet ook financiële steun van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [43,45].

7. Eenzaamheid en sociaaleconomische achterstand bij psychiatrische euthanasie

Veel van de tot nu toe genoemde patiënten hebben enige vorm van steun van familie of naasten. Er is echter een stille meerderheid van mensen die lijdt aan eenzaamheid en om euthanasie vraagt: 70,1% van alle aanvragers bij het Expertisecentrum Euthanasie was alleenstaand en slechts 11,4% was gehuwd, terwijl dit percentage onder de Nederlandse bevolking 39% bedraagt [7]. Sociale gegevens ontbreken soms in de studies, maar ten minste 56% van de patiënten die om psychiatrische redenen euthanasie kregen, noemde eenzaamheid en sociaal isolement, met opmerkingen in hun dossiers waarin stond dat: "de patiënt een volkomen eenzame man was

wiens leven een mislukking was geweest...” of “de patiënt gaf aan dat ze een leven zonder liefde had gehad en daarom geen bestaansrecht had” [46]. Deze eenzame mensen kregen uiteindelijk euthanasie. Sommigen verlangen wanhopig naar menselijk contact en liefde, zoals een van de expliciete gevallen in het rapport van het Euthanasiacentrum duidelijk maakt: “Hij zou weleens willen weten wat het is om verliefd te zijn”. Ook hij werd beschouwd als hopeloos lijdend en kreeg toestemming voor psychiatrische euthanasie [7].

Ook economische redenen en inkomen blijken een reden te zijn waarom mensen om euthanasie vragen. 88% van de aanvragers van psychiatrische euthanasie ontving een vorm van een uitkering en had geen inkomen of salaris [7]. Andere Nederlandse onderzoekers hebben er eveneens op gewezen dat de extra last van financiële en sociaaleconomische moeilijkheden en ongelijkheden de wens van patiënten om psychiatrische euthanasie te ondergaan heeft vergroot [47].

8. Een genderongelijkheid van 18:1 – jonge vrouwen krijgen 6 keer vaker euthanasie dan mannen, maar plegen 3 keer minder vaak suïcide

Het suïdecijfer onder jonge vrouwen (20-40 jaar) in Nederland is 2,5 tot 3 keer *lager* dan dat van mannen in dezelfde leeftijdsgroep [19,25,30]. Jonge vrouwen in deze groep, d.w.z. de groep waartoe Zoraya behoorde, ondergingen echter 5-6 keer *vaker* euthanasie dan jonge mannen [7]. Dit leidt tot een genderongelijkheid van maar liefst 18:1 tussen jonge vrouwen die om psychiatrische redenen euthanasie krijgen en jonge mannen die suïcide plegen. Het schrijnende verschil tussen de cijfers voor psychiatrische euthanasie en suïcide onder jonge vrouwen en mannen wijst op mogelijke structurele problemen en vooroordelen die dringend aandacht behoeven. Het is al bekend dat vrouwen vaker om euthanasie vragen dan mannen, waarbij studies een verband leggen tussen wetten inzake hulp bij zelfdoding en een toename van 40% in zelfverkozen overlijdens onder vrouwen en een onevenredig risico op vroegtijdige sterfte [22,24]. Hoe slecht dit bewijs ook mag zijn voor vrouwen, het is nog erger in het geval van psychiatrische euthanasie. Twee derde van de patiënten aan wie euthanasie was verleend waren vrouw volgens het rapport van het Expertisecentrum Euthanasie. Hogere euthanasielijfers bij vrouwen kunnen wijzen op de machteloosheid van degenen die kwetsbaarder zijn voor sociale druk om door suïcide te sterven – bijvoorbeeld door het gevoel een last te zijn voor familieleden of de samenleving [21,24]. En het is een feit dat vrouwen in bijna alle leeftijdsgroepen oververtegenwoordigd zijn. Afgezien van de leeftijdsgroep van 41-50 jaar, waar iets meer dan 20% meer mannen dan vrouwen euthanasie ondergingen, ondergingen vrouwen in alle oudere leeftijdsgroepen boven de 50 soms twee tot drie keer vaker euthanasie om psychiatrische redenen dan mannen. In de jongere leeftijdsgroepen is dat verschil echter nog uitgesprokener: daar krijgen vrouwen van 21 tot 40 jaar 5 tot 6 keer vaker euthanasie dan mannen [7]. Veel van deze jonge vrouwen zouden vandaag de dag nog in leven zijn bepaalde artsen (waaronder psychiaters) of medewerkers van het Expertisecentrum Euthanasie of de Stichting KEA geen euthanasie hadden gefaciliteerd.

9. Meningsverschillen, obstakels en de wil om wachtlijsten voor psychiatrische euthanasie te verkorten, kosten nog meer patiënten het leven

Wanneer Nederlandse deskundigen het oneens zijn over de beslissingsbekwaamheid van patiënten of het nut van nieuwe behandelingen, wordt in de meeste gevallen toch tot euthanasie overgegaan, waardoor de meningsverschillen onopgelost blijven [46]. En in die zeldzame gevallen waarin deze Nederlandse deskundigen kunnen erkennen dat een andere therapie zou kunnen worden toegepast, gaan ze niettemin vaak over tot euthanasie, omdat er op dat moment geen plaats is in een behandelingscentrum, of, als er wel plaats is, beweren ze dat opname de patiënt zou kunnen destabiliseren (zelfs in het geval van minderjarigen die euthanasie kregen), of ze beschouwen de patiënt als onvoldoende gemotiveerd voor therapie, of gaan zelfs in tegen andere collega's die andere behandelingen voorstellen [5,7,48–50].

Er worden maatregelen genomen om de wachttijd tussen het formele verzoek om euthanasie en de uitvoering ervan te verkorten. De deskundigen stellen dat de lange wachttijd onmenselijk is voor degenen die lijden en vanwege het risico op suïcide [18,27,51,52]. Gegevens van het Expertisecentrum Euthanasie spreken deze rechtvaardiging echter rechtstreeks tegen. Van de 1553 patiënten die zich hadden aangemeld voor psychiatrische euthanasie, stierven er slechts 59 door suïcide terwijl ze wachtten, terwijl meer dan 300 later van

gedachten veranderden en ervoor kozen te blijven leven [7]. Onafhankelijke studies bevestigen dat langere wachttijden gepaard gaan met een aanzienlijk aantal patiënten dat afziet van hun verzoek om euthanasie [6,53]. In deze periode ervoeren velen een afname van hun suïcidale neigingen, heroverwogen ze de dood of begonnen ze aan een behandeling, wat aantoont dat wat als onomkeerbaar lijden wordt bestempeld, vaak noch onomkeerbaar, noch stabiel is. In het kader van suïcidepreventie en verzachting van het lijden wordt euthanasie niettemin steeds vaker goedgekeurd voor patiënten, wat resulteert in honderden extra sterfgevallen onder degenen die misschien voor het leven hadden gekozen, zelfs nadat hen een empirisch onderbouwde behandeling was geweigerd. Dit is wiskundig gezien een zekerheid.

10. Gebrek aan psychiatrische ondersteuning, de onjuiste veronderstelling dat er geen behandeling mogelijk is en een vals dilemma leiden tot een Kafkaëske instelling voor kinderen

Er bestaat een stichting met de naam „In liefde laten gaan“, die ondersteuning biedt aan alle ouders van een kind dat op het punt staat euthanasie te krijgen of dit al heeft gekregen vanwege een psychische aandoening [54]. De gestelde doelen zijn het ondersteunen van ouders door middel van onderling contact, het verstrekken van informatie aan ouders en professionals, en het bevorderen van het publieke begrip voor euthanasie op psychische grondslag bij kinderen [55]. Het bestaan van een dergelijke stichting versterkt alleen maar de onjuiste veronderstelling dat behandeling onmogelijk is, versterkt het valse dilemma van ofwel eindelijk lijden ofwel sterven, en versterkt ten onrechte de wanhoop van ouders. Hun activiteiten zorgen ervoor dat ouders hun gedachten en uiteindelijk het leven van hun kinderen uitsluitend op de dood richten, waardoor ze worden afgeleid en indirect worden belet hun resterende energie en middelen te gebruiken om de juiste hulp voor hun kinderen te vinden, betere geestelijke gezondheidszorg, betere suïcidepreventie en ondersteuning te eisen, en te vechten voor het leven van hun kinderen. De verhalen en ervaringen die op hun website worden gedeeld zijn hartverscheurend, maar de titels proberen een gevoel van schoonheid, sereniteit en vrede op te roepen: “Ze is in liefde gekomen en in liefde gegaan”, “Tomas (23) was blij dat hij kon stoppen”, “Esthers laatste wens” [56]. Sommige leden beweren zelfs dat euthanasie een mooie weg kan zijn [57]. Het symbool van de instelling? Een paar vlinders, een beeld dat herhaaldelijk terugkeert in de verhalen van veel jonge patiënten die euthanasie hebben ondergaan en hun families tijdens hun interviews [11,13,57–59]. Er zijn zelfs animaties waarin de namen van kinderen en jongvolwassenen die euthanasie ondergingen samen met vlinders wegvliegen met pianomuziek op de achtergrond [60]. Zou dit een teken kunnen zijn van institutionele besmetting, die de perceptie van de dood bij kwetsbare jongeren of hun families beïnvloedt? Opvallend is dat de enige twee psychiaters in de adviesraad van de stichting worden beschouwd als de twee meest vooraanstaande Nederlandse experts op het gebied van psychiatrische euthanasie [27,61,62].

11. De hersenen van kinderen en jongvolwassenen zijn nog niet volledig ontwikkeld, maar worden al als onherstelbaar bestempeld

De hersenen, het orgaan waarin psychiatrische aandoeningen hun oorsprong vinden, blijven zich tijdens de adolescentie en vroege volwassenheid ontwikkelen en rijpen, waarbij de gebieden die verantwoordelijk zijn voor besluitvorming, planning en impulsbeheersing als een van de laatste veranderen en rijpen, en hun ontwikkeling rond het midden van de twintig voltooien [63]. Persoonlijkheidskenmerken blijven zich ontwikkelen tot in de vroege volwassenheid en stabiliseren zich vaak rond de leeftijd van 30 jaar, met een toename in sociale dominantie, gewetensvolheid en emotionele stabiliteit, vooral in de vroege volwassenheid (tot de leeftijd van 40 jaar). Persoonlijkheidskenmerken hebben de neiging om met de leeftijd te stabiliseren, maar ze kunnen nog steeds veranderen als reactie op ingrijpende levensgebeurtenissen of inspanningen tot zelfontplooiing [64,65]. Uit diffusie-gewogen MRI-onderzoeken blijkt dat de rijping van het menselijk brein, inclusief de netwerken die het oordeelsvermogen, de impulsbeheersing en de emotionele regulatie aansturen, doorgaat tot halverwege de dertig, wat aangeeft dat de neurobiologische ontwikkeling voor die leeftijd nog niet voltooid is [66,67]. De hersenontwikkeling en persoonlijkheidskenmerken zijn dus zelfs bij jongvolwassenen nog niet voltooid, laat staan bij kinderen en tieners. De twee vooraanstaande Nederlandse experts op het gebied van psychiatrische euthanasie zijn beiden kinder- en jeugdpsychiaters, maar toch beschouwen zij deze kinderen en jongvolwassenen als onbehandelbaar en vinden ze dat er niets meer aan te doen is.

12. Voorstanders van psychiatrische euthanasie kampen met een vals dilemma

Er is een denkfout die de meeste van deze patiënten, hun families en de artsen die psychiatrische euthanasie ondersteunen en mogelijk maken, treft. Deze denkfout wordt een valse dichotomie of een vals dilemma genoemd. Er is sprake van een vals dilemma wanneer slechts twee keuzes worden voorgelegd, terwijl er meer bestaan. Deze mensen geloven dat de patiënten ofwel hun hele leven ondraaglijk zullen blijven lijden, ofwel moeten sterven (door suïcide of euthanasie) om dit te vermijden. “dat ze geen andere optie meer heeft dan haar leven te beëindigen”, “sterven is de oplossing”, “de gedachte (aan euthanasie) brengt me rust... dat ik niet meer hoeft te lijden” [2,6]. Er is echter duidelijk een derde optie, of er zijn er zelfs meer, waaronder: ten eerste, de optie van ziekte-specifieke, aangepaste, gecontroleerde en begeleide, empirisch onderbouwde behandelingen, die deze patiënten niet hebben gevolgd, zoals op grote schaal is aangetoond [68,69]. Ten tweede is er de optie van spontaan herstel, zoals bijvoorbeeld waargenomen bij langdurige ernstige depressie zonder ziekte-specifieke behandelingen, waarvan ook is aangetoond dat dit zich over meerdere jaren voordoet, soms bij tot wel 50% van de patiënten [70,71]. Ten derde is er de optie om niet meer te willen sterven, zoals is gebeurd bij enkele honderden patiënten die in aanmerking kwamen en toestemming kregen voor euthanasie, maar die hun verzoek om psychiatrische euthanasie na een langdurige wachttijd uit eigen beweging hebben ingetrokken [7]. Gerenommeerde artsen die psychiatrische euthanasie ondersteunen verklaarden dat “de kans op herstel na jaren van vruchteloze behandeling deprimerend klein is, waardoor patiënten ofwel ondraaglijk lijden, ofwel suïcide plegen”, “euthanasie bij psychisch lijden een keuze tussen twee kwaden is”, “na één gesprek duidelijk dat er voor Michel geen andere optie meer was dan uit het leven te stappen (of ondraaglijk te lijden)”, “Aan psychische ziekten ga je alleen dood door zelfdoding. Als ze die weg niet kunnen of willen bewandelen, komen ze op euthanasie uit”, “Euthanasie van zo’n jong iemand is heel triest, maar vergeleken bij de ontredde die een suïcide veroorzaakt, weet ik wel wat ik verkies”, “Er is soms geen beter alternatief (voor euthanasie)”, “suggereert een keuze. Die heeft ze helemaal niet”, “we daarin niks anders meer te bieden hebben dan de dood” [6,49,62,72,73]. Dit toont duidelijk de valse tweedeling aan waar ook deze professionals onder lijden. Wanneer psychiatrische euthanasie echter beschikbaar is, raken patiënten met een doodswens of met behandelingsmoeheid die tot een doodswens leidt [6,11], vaak gefixeerd op de mogelijkheid van euthanasie, waardoor deze valse tweedeling verder wordt versterkt en deze patiënten niet meer in staat zijn alle andere positieve, het leven bevestigende opties te zien.

13. Psychiatrische euthanasie wordt voorgesteld als iets normaals, moois, glamoureuus of zelfs als een daad van liefde

Net als bij suïcide zijn er pogingen van sommige patiënten, familieleden, artsen en zelfs instellingen om de procedure te verfraaien, om het idee van psychiatrische euthanasie bij jongeren te destigmatiseren, te verheerlijken of te romantiseren als iets normaals of zelfs moois, een bijzonder voorrecht: “Ik vind het een eer dat ik mag gaan”, “dat het een mooie weg kan zijn”, “Het (de euthanasie) was mooi”, “dit behalve een zware weg ook een heel mooie, bijzondere en intieme weg is” [11,16,18,36,54,57,74]. Er zijn anderen die het zien als iets bewonderenswaardigs, zelfs moedigs, waarbij ze wanhoop verwarren met autonomie, en dingen zeggen als: “Ik heb ontzettend veel bewondering voor hoe je dit doet. Dat is zo ongelooflijk moedig en sterk [...] ik stuur haar nog een berichtje om haar veel sterkte en kracht toe te wensen” [59]. Sommige psychiaters gaan zelfs zo ver dat ze de euthanasie van deze patiënten als een deugdzame daad beschouwen [72,75]. Er is bijvoorbeeld een proefschrift over euthanasie bij psychiatrische patiënten met de titel “De kunst van het loslaten” [48]. Een van de bekende deskundigen beweert zelfs: “Het woord overlijden is prachtig” [76]. Veel voorstanders van psychiatrische euthanasie beschouwen het doden van deze patiënten als een daad van liefde. Deze houding is terug te vinden in verschillende gepubliceerde vakartikelen met titels en uitspraken als: “Ze is in liefde gekomen en in liefde gegaan”, “dat hij me uit liefde moet laten gaan”, “Ze is uit liefde geboren, en we hebben haar in liefde laten gaan”, “en hoe ongelooflijk groot de liefde moet zijn om hun dochter te kunnen loslaten” [13,58,59,77]. De zin “soms moet je iemand loslaten als je van iemand houdt” wordt zelfs verkeerd geïnterpreteerd door patiënten die om psychiatrische euthanasie vragen, waarbij het concept van loslaten een aanvaarding van de dood wordt in plaats van doorleven zonder de ander [1,13].

14. De aanstekelijkheid van psychiatrische euthanasie, en de bevordering ervan door artsen en instellingen

Onder aanstekelijkheid bij psychische aandoeningen wordt het fenomeen verstaan waarbij symptomen of gedragingen die verband houden met een psychische stoornis zich van de ene persoon naar de andere verspreiden, vaak via nauw contact of sociale interacties, of zelfs via de media. Zoraya's beste vriendin beging op 16-jarige leeftijd suïcide, vandaar die suïcidale aanstekelijkheid [1,9]. Maar er leek ook sprake te zijn van een aanstekelijkheid van psychiatrische euthanasie. Zoraya had nauw contact met verschillende andere mensen die vóór haar voor euthanasie hadden gekozen, mensen die ze vrienden noemde ("Mijn vriendinnen die mij voor zijn gegaan in een euthanasietraject ...") [78]. Sommige onderzoekers zijn van mening dat de euthanasiewet voor psychische aandoeningen zelf een nieuwe vorm van sterfdrang heeft geïntroduceerd, die mogelijk aansluit bij het traditionele aanstekelijke effect dat bij suïcidaliteit wordt waargenomen [33]. Deze aanstekelijkheid wordt versterkt door de publieke promotie van psychiatrische euthanasie door bepaalde artsen en instellingen in Nederland. De websites van het Expertisecentrum Euthanasie of de Stichting KEA staan vol met berichten die psychiatrische euthanasie promoten en als iets volkomen normaal voorstellen, waarbij wordt beweerd dat het een integraal onderdeel is van de klinische praktijk, dat euthanasie geen mislukking betekent en dat de huidige medische wetenschap er nog niet is [35,36]. Ze staan vol met patiëntverhalen, vooral van jonge patiënten aan wie euthanasie is verleend, podcasts, interviews of zelfs boze uitspraken van psychiatrische patiënten met aanhoudende doodswensen wanneer ze worden geconfronteerd met mensen die willen dat ze verdere behandelingen ondergaan. De ondertoon is dat er geen toekomst is voor de patiënt, dat het lijden ondraaglijk is en dat euthanasie de juiste weg is: "(dat) je op een gegeven moment alle redelijke, nog op te brengen behandelingen hebt gehad en uitgeput bent. Dat je in principe niet dood wilt, maar dat de dood je enige uitweg is uit je grote lijden" [79]. Deze instellingen bieden zelfs "buddies" aan die aandacht en begrip bieden, en zelfs aanbieden om contact op te nemen met familieleden over de doodswens van de patiënt, om hen te laten begrijpen waarom de patiënt wil sterven. Door de woordkeuze van deze "buddies" lijken ze een mentor of een personal trainer die hun "atleet" aanmoedigt om door te gaan en euthanasie na te streven. Overlijdensberichten als "Romy (21) kiest voor euthanasie: 'Het leven is niet voor mij gemaakt.' Ze verliet het leven in aanwezigheid van haar familie, hand in hand met haar moeder" lijken de praktijk te verfraaien en sympathie op te wekken [12]. De website presenteert informatie die consequent de praktijk van psychiatrische euthanasie promoot. In tegenstelling tot de reclame voor andere diensten of goederen, zoals een nieuwe medische behandeling, een reis naar de Bahama's of een nieuwe auto, promoten deze professionals en instellingen psychiatrische euthanasie, waarbij ze kwetsbare, mentaal instabiele en zeer beïnvloedbare mensen aantrekken en overtuigen om hun diensten te zoeken, en hen uiteindelijk doden. De KEA Foundation brengt patiënten zelfs in contact met andere patiënten die psychiatrische euthanasie willen, zoals vermeld in hun doelstellingen: "...contact met lotgenoten is het opzetten van een forum waar psychiatrische patiënten met een wens voor euthanasie elkaar kunnen vinden [...] Het biedt ook groepen familieleden de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen rond de (aanstaande) dood van hun dierbaren" [20]. Het faciliteren van contact tussen patiënten die een wens voor psychiatrische euthanasie delen, kan bestaande doodsgedachten versterken door invloed van lotgenoten, een zorg die al is geuit onder professionals in de psychiatrie [33,71]. In dergelijke situaties zijn ambivalente patiënten die twijfelen over euthanasie vatbaarder voor bevestigingsvoordeel en sociale bekrachtiging, waardoor de kans toeneemt dat ze doorgaan met euthanasie. Wat aanvankelijk lijkt op geïsoleerde symboliek, duikt herhaaldelijk en met opvallende consistentie op bij patiënten, instellingen en publieke verhalen rondom psychiatrische euthanasie. Veel van deze jonge patiënten en familieleden praten bijvoorbeeld over vlinders: ze zeggen dat ze zich gevangen voelen als vlinders, dat ze als vlinder willen reïncarneren, dat ze vlinders op hun begrafenis willen, dat ze vlinders op zichzelf en op familieleden hebben laten tatoeëren, enzovoort [11,13,57-59]. Hoe groot is de kans dat deze gevallen los van elkaar staan? Het patroon kan wijzen op een vorm van zelfversterkende aanstekelijkheid, mogelijk een indicatie van een Werther-effect dat bijdraagt aan clusters van psychiatrische euthanasie, vergelijkbaar met suïcideclusters.

In schril contrast met het bevorderen van euthanasie om psychische redenen is het bevorderen van zelfdoding in Nederland een misdrijf, volgens artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht [80]. Deze wet is bedoeld om kwetsbare mensen, zoals mensen die lijden aan een psychische aandoening, emotionele nood of suïcidale gedachten, te beschermen en te voorkomen dat zij zichzelf van het leven beroven, evenals om het risico op verspreiding van suïcide of copycat-suïcides voorkomen. De websites van het Expertisecentrum Euthanasie en

de Stichting KEA, evenals vele deskundigen en blogs van artsen, promoten echter psychiatrische euthanasie, waarbij gedachten en mentale zaadjes worden geplant in kwetsbare geesten of reeds suïcidale geesten worden versterkt, en een lichtpuntje wordt toegevoegd aan de praktijk van het doden van deze behandelbare patiënten [10,35,36,54].

15. Wanneer ondersteuning tekortschiet: Families en partners accepteren psychiatrische euthanasie te midden van wanhoop en angst voor suïcide

Het is onbegrijpelijk hoe partners en familieleden van psychiatrische patiënten, en vooral hoe ouders euthanasie voor hun jonge of volwassen kinderen zouden accepteren [11,13]. Soms spraken ze zelfs hun dankbaarheid uit voor de procedure en de artsen die deze uitvoerden [2,6,72,81,82]. De verklaring is dat een psychische aandoening niet alleen de patiënt treft, maar ook een sfeer kan creëren die een last vormt en de mensen rondom de patiënt, familie, partners en zelfs behandelende artsen uitput. Door deze langdurige en uitputtende toestand kunnen alle betrokkenen en naasten van de patiënt verstrikt raken in de micro-omgeving en de mindset die door de ziekte worden gecreëerd. Iedereen voelt zich hulpeloos en mist de juiste ondersteuning voor zowel hun geliefde als voor zichzelf. In interviews met deze patiënten en hun ouders komen terugkerende institutionele obstakels voor een gezond herstel aan het licht. Er zijn wachtlijsten van een jaar voor de weinige beschikbare behandelplaatsen die geen effectieve behandelingen boden: “Wij liepen continu tegen ontzettend lange wachtlijsten aan.”, “De wachtlijsten waren zo lang”, “De laatste hoop was gevestigd op intensieve traumabehandeling bij een trauma-expertisecentrum. Daar wachtte ze 1,5 jaar op. De behandeling bracht niet wat ze hoopte.”, “En één keer ben ik naar de gesloten jeugdzorg gestuurd omdat er een te lange wachttijd was voor de afdeling binnen de jeugdpsychiatrie waar ik wél opgenomen kon worden ” [11,13,34,83]. Er is ook sprake van een structureel falen bij instellingen om een geïntegreerde behandelingsaanpak te hanteren voor patiënten met comorbide psychiatrische stoornissen, waarbij meerdere aandoeningen gelijktijdig en op gecoördineerde wijze worden aangepakt [33]. Vaak wachtten deze patiënten en hun families een jaar of langer op een behandelplaats voor probleem A, waarna ze, toen er een plek vrijkwam, werden geweigerd vanwege het onopgeloste probleem B; na nog enkele maanden wachten, toen er een behandelplaats vrijkwam voor probleem B, werden ze opnieuw geweigerd vanwege het onopgeloste probleem A; maar daar blijkt ze ‘te complex’ te zijn om goed geholpen te kunnen worden. “Bij geen enkele behandelingsinstelling waren geïntegreerde behandelingen mogelijk waarbij mijn problemen tegelijk konden worden aangepakt” [13]. Een andere veelgehoorde klacht is de afwijzing van opname in behandelingsprogramma’s vanwege het verhoogde risico op suïcide van de patiënt, waardoor ironisch genoeg juist degenen worden uitgesloten die het meest dringend zorg nodig hebben [11,13].

Het risico op suïcide is op zich al een van de grootste zorgen voor ouders: de angst om hun kind op een dag dood aan te treffen door suïcide. Deze beklemmende angst voor een dreigende suïcide hangt als een zwaard van Damocles boven de hoofden van ouders en veroorzaakt ondraaglijke angst: “We waren elke dag bang dat ze erin zou slagen zichzelf van het leven te beroven”, “Ik (de vader) was al jaren bang dat het zou gebeuren”, “R. (21 jaar) probeert meerdere keren suïcide te plegen”, “We zijn blij dat Milou (17) het heeft volgehouden tot ze via euthanasie mocht gaan, en ze niet in eenzaamheid heeft gekozen voor een nare dood. “Dat was extra traumatiserend geweest voor ons” [6,11,13,84]. Als je deze langdurige emotionele last toevoegt aan de jaren waarin ze hun geliefde zagen worstelen en lijden, komen familieleden op een punt waarop ze het simpelweg niet meer aankunnen: “Als het geen kwestie is van niet meer willen maar van écht niet meer kunnen”, “Ik kon haar niet langer laten leven in deze tragedie waarin ze zich bevond”, “Ze had het gevoel dat ze te veel was, te moeilijk voor ons” [6,11]. Sommige familieleden van psychiatrische patiënten die al euthanasie hebben ondergaan, worden zulke fervente voorstanders van euthanasie dat ze zelfs andere ouders aansporen om te stoppen met het zoeken naar nieuwe behandelingen: “blijf niet pushen en proberen; houd op nog eventuele behandelingen voor te stellen” [18]. Het ontbreken van adequate ondersteuning of inspanningen ter voorkoming van suïcide leidt tot een geleidelijke uitholling van het inzicht en de objectiviteit bij familieleden. De aanhoudende wens van de patiënt om te sterven kan deze dynamiek versterken, waardoor families euthanasie gaan zien als een onvermijdelijke of zelfs rationele optie. In extreme staten van wanhoop en structurele verwaarlozing kunnen sommige ouders actief op zoek gaan naar artsen, soms gevonden via de media, die bereid zijn euthanasie uit te voeren, wat aan hen wordt voorgesteld als een vorm van verlichting: “het zal mij/hem als partner wel rust brengen als het zover is.”, “heeft gezegd dat ze

opgelucht zal zijn als het hele gebeuren achter de rug is, zodat ze dan kan gaan rouwen”, “Het gebeurde in M’s (28) kleine, smalle kamertje daar. Haar moeder en diens partner en haar zus waren erbij. Allemaal zielsgelukkig dat het eindelijk plaatsvond” [2,72]. Sommige familieleden steunen, ondanks innerlijke weerstand tegen euthanasie, uiterlijk de beslissing van de patiënt om meer leed te voorkomen en de gemoedsrust van de patiënt te bewaren. Anderen blijven hopen dat de patiënt op het laatste moment van gedachten zal veranderen, wat leidt tot emotioneel geladen situaties vlak voor de euthanasieprocedure: “Mijn moeder kan zich geen leven zonder mij voorstellen en hoopt nog steeds dat ik een andere keuze zal maken.”, “Hij (haar man) heeft het moeilijk met haar naderende afscheid, maar begrijpt haar (zijn 31-jarige vrouw die lijdt aan een postnatale depressie)”, “ ‘het is goed zo’, kon ik tegen haar zeggen. Tegen mijn gevoel in natuurlijk, want wie wil zijn dochter nu verliezen?” [13,73,85].

16. De psychiatrie beschikt niet over voldoende kennis over de werking van psychische aandoeningen

Artsen die psychiatrische euthanasie verdedigen, beweren dat er voor deze patiënten niets meer te doen valt, terwijl de huidige kennis over de werking van de menselijke geest of de aandoeningen daarvan minimaal is. In tegenstelling tot andere gebieden in de geneeskunde kunnen de op symptomen gebaseerde classificatiesystemen die momenteel in de psychiatrie worden gebruikt, de illusie wekken dat psychische stoornissen worden begrepen. Meer dan 90% van de mechanismen die betrokken zijn bij het veranderen van de werkwijze van de hersenen is echter nog onontdekt [86,87]. Wereldberoemde deskundigen op het gebied van de psychiatrie stellen ondubbelzinnig dat de psychiatrie een fundamenteel begrip van de oorzaken van psychische aandoeningen ontbeert, dat zij grotendeels onwetend blijft over de onderliggende biologische mechanismen die psychiatrische stoornissen aansturen. Ondanks vooruitgang in de neurowetenschappen en de genetica, berust de psychiatrische diagnose nog steeds uitsluitend en op alarmerende wijze op feilbare subjectieve oordelen, zonder vastgestelde biologische markers, beeldvormingskenmerken of genetische patronen die consistent aansluiten bij diagnostische categorieën. Deze onderzoekers, waaronder een psychiater die de Nobelprijs heeft gewonnen, concluderen dat het grootste deel van de kennis van de psychiatrie over de ontwikkeling van psychische aandoeningen onbekend blijft, en op zijn best speculatief is [88–94]. Toch beweren de verdedigers van psychiatrische euthanasie met absolute zekerheid dat er niets anders meer te doen valt voor deze psychiatrische patiënten.

17. Er is geen objectief of feitelijk bewijs dat psychiatrische euthanasie ondersteunt

Hoewel er uitgebreid onderzoek is gedaan naar euthanasie bij terminaal zieke patiënten, is er een opvallend gebrek aan hoogwaardige, peer-reviewed klinische studies die specifiek psychiatrische euthanasie ondersteunen. Alle bestaande studies richten zich uitsluitend op de ethische, psychologische, procedurele en juridische aspecten [46,47,95–97]. Er zijn absoluut geen klinische studies die objectieve gegevens of enig onweerlegbaar bewijs leveren waaruit de voordelen of pluspunten van psychiatrische euthanasie blijken. De enige studie waarin is geprobeerd objectieve resultaten met betrekking tot psychiatrische euthanasie aan te tonen, heeft betrekking op de rouwervaringen van nabestaande partners na suïcide versus psychiatrische euthanasie [98]: in die studie werd vastgesteld dat de geplande dood door middel van psychiatrische euthanasie sommige partners in staat stelde zich beter voor te bereiden op de dood van hun geliefde, in tegenstelling tot hun onverwachte dood door suïcide. Maar veel nabestaande partners van patiënten die psychiatrische euthanasie hebben ondergaan, bleven nog steeds met twijfels en vragen zitten over zichzelf en hun overleden partners, over waarom ze doorgingen met psychiatrische euthanasie, wat ook blijkt uit uitspraken buiten dat onderzoek: “Hij heeft het moeilijk met haar naderende afscheid (van zijn 31-jarige vrouw en de moeder van hun zesjarige kind) [73].” Noch dit onderzoek, noch enig ander onderzoek levert objectieve gegevens op waarin psychiatrische euthanasie wordt vergeleken met alternatieve benaderingen die de patiënten in leven houden of hun toestand trachten te verbeteren. Er is simpelweg geen hard bewijs. De rechtvaardigingen voor het uitvoeren van psychiatrische euthanasie zijn uitsluitend gebaseerd op persoonlijke subjectieve indrukken, zoals het gevoel van verlichting van het lijden of het gevoel van opluchting en dankbaarheid dat door familieleden wordt getoond. De geschiedenis biedt talrijke voorbeelden waarbij een soortgelijk vertrouwen op subjectieve indrukken leidde tot schadelijke medische ingrepen, zoals aderlatingen, de verwijdering van

de baarmoeder bij vermoedelijke hysterie, of hersenoperaties bij psychiatrische aandoeningen. Maar zelfs die schadelijke ingrepen waren nooit bedoeld om de patiënt te doden, wat psychiatrische euthanasie tot iets unieks in de menselijke geschiedenis maakt.

18. Er is ondraaglijk lijden en er is draaglijk lijden

Momenteel geldt voor psychiatrische euthanasie dat lijden 'ondraaglijk' is wanneer een patiënt zegt dat het dat is [4,75]. Ik heb in mijn loopbaan veel terminaal zieke patiënten gezien die bitter leden, pijn ervoeren in een mate dat ze in hun broek plasten of poepten, zich niet konden bewegen zonder te huilen van de pijn, waarvan sommigen helemaal niet konden bewegen en volledig afhankelijk waren van anderen, maar zonder cognitieve beperking, bij bewustzijn en in staat om beslissingen te nemen. Dergelijke patiënten zouden waarschijnlijk baat hebben gehad bij euthanasie, als ze de keuze hadden gekregen. Deze patiënten en hun families zochten mijn hulp en die van mijn collega's om hun pijn en lijden te verlichten, soms dagelijks, omdat de medicatie die ze kregen niet voldoende was om de pijn draaglijker te maken. Een vergelijking tussen fysieke en psychische pijn is hier niet de bedoeling, noch zou het gepast zijn zonder de relevante klinische expertise. Het geval van Zoraya, dat aanleiding gaf tot dit onderzoek, betrof echter een jonge, autonome vrouw die in 2020 op 24-jarige leeftijd om euthanasie verzocht vanwege ondraaglijk lijden. Sinds dat eerste verzoek en gedurende de afgelopen 4 jaar tot aan haar euthanasie op 29-jarige leeftijd ontving zij echter geen andere behandeling dan zich te richten op het verkrijgen van goedkeuring voor haar euthanasie [1,2,74]. Waarom heeft het ondraaglijke lijden dat zij voelde haar gedurende die vier volle jaren niet ertoe aangezet om andere behandelingen te zoeken of te proberen? In tegenstelling tot veel psychiatrische patiënten die om euthanasie vragen, weigeren patiënten met een lichamelijke ziekte die ondraaglijk lijden geen enkele vorm van behandeling. Ze zijn wanhopig, ze grijpen alles aan wat ze kunnen, welke behandelingsoptie hen ook wordt aangeboden, alles wat belooft hun pijn te verlichten. Soms is het lijden zo intens dat ze alle angsten overwinnen en het heft in eigen handen nemen door hun toevlucht te nemen tot suïcide [99]. Ondanks dergelijke wanhopige acties sterven deze terminaal zieke patiënten stevast binnen korte tijd, wat eens te meer een schril contrast benadrukt met de meerderheid van de psychiatrische patiënten, die jarenlang hun lijden verdragen zonder hun toevlucht te nemen tot suïcide en blijven leven [7]. Dit roept twee cruciale vragen op: Ten eerste, waarom heeft geen van de artsen die de laatste vier jaar van Zoraya's leven bij haar betrokken waren, vraagtekens geplaatst bij het vermeende ondraaglijke lijden van een patiënt die in die periode geen nieuwe behandelingen heeft ondergaan of gezocht? Ten tweede, hoe kunnen we de euthanasie van een patiënt rechtvaardigen op grond van ondraaglijk lijden als die patiënt in de vier jaar voorafgaand aan de euthanasie geen enkele behandeling heeft gezocht? Het jarenlang niet verstrekken van psychiatrische behandeling voorafgaand aan euthanasie wordt blijkbaar geaccepteerd door artsen die euthanasie om psychiatrische redenen mogelijk maken, goedkeuren of uitvoeren [27]. Bovendien nemen bij veel patiënten de ziektesymptomen af met de leeftijd en kan wat vandaag als ondraaglijk wordt ervaren, in de toekomst draaglijker zijn. Dit wordt bevestigd door het hogere percentage intrekkingen van verzoeken om euthanasie onder personen in de dertig en veertig, vergeleken met personen in de twintig, die vaker vasthouden aan hun besluit om te sterven en er helemaal voor gaan, ongeacht hun psychiatrische toestand [7]. Opvallend is dat veel patiënten in de leeftijd van 30 tot 49 jaar, evenals hun psychiaters, aangeven dat als euthanasie voor hen beschikbaar was geweest toen ze in de twintig waren, ze daar waarschijnlijk gebruik van zouden hebben gemaakt, waardoor ze de kans zouden hebben verspeeld om te herstellen en uiteindelijk een zinvol, zelfs vreugdevol leven te leiden [71].

19. Behandelsweigering of de perceptie van ongeneeslijkheid bij patiënten bestempelt hen ook als onbehandelbaar

Ook hier geldt dat, in het kader van psychiatrische euthanasie, een behandelingsalternatief geen redelijk alternatief is als de patiënt dit weigert [4,75]. In de praktijk maakt de weigering van een effectieve behandeling een ziekte echter niet onbehandelbaar. Als een patiënt met een leverziekte in het eindstadium op de wachtlijst voor een levertransplantatie staat maar weigert te stoppen met drinken, zal die patiënt nooit worden geselecteerd om een nieuwe lever te krijgen, ondanks zijn dringende wens om er een te krijgen. Menselijke levers zijn een zeer beperkte hulpbron, dus artsen reserveren die levers voor patiënten die onze aanbevelingen opvolgen en de beste voorspelbare uitkomst op de lange termijn en levensverwachting hebben. Toch werken veel patiënten die om psychiatrische euthanasie vragen niet mee, weigeren ze voorgestelde behandelingen, worden ze gemakkelijker bestempeld als therapieresistent en

onbehandelbaar en krijgen toch wat ze wensen, namelijk euthanasie. Niet alleen lopen deze patiënten succesvolle behandelingsopties mis vanwege hun weigering, maar ook door een gebrek aan kennis bij de behandelende artsen [68], en worden ze daardoor ten onrechte bestempeld als onbehandelbaar of therapieresistent. Uit een onderzoek onder psychiatrische patiënten aan wie euthanasie is verleend bleek dat psychische aandoeningen in meer dan de helft van de gevallen een belangrijke rol speelden bij de weigering om zich te laten behandelen [46]. Sommige artsen werken deze houding in de hand en zien het zelfs als een ontwikkeling om de subjectieve perceptie van de patiënt dat zij ongeneeslijk is, te accepteren als een medische definitie van onbehandelbaar: “Als [de 17-jarige patiënt] kan uitleggen waarom het niet meer kan [of te genezen is] én diegene ouders heeft die haar steunen in die wens [om te sterven], wie ben ik dan als dokter om daaraan te twijfelen?” [11,100]. In sommige gevallen kan de weigering ook een teken zijn dat de wens om beter te worden waarschijnlijk niet in de gedachten van de patiënt speelt of zelfs maar hun doel is, zoals blijkt uit de vele interviews en hun uitspraken, en dit gebrek aan motivatie wordt door psychiaters erkend en zelfs geaccepteerd [48].

20. De meeste rechtvaardigingen voor psychiatrische euthanasie zijn aangevoerd door niet-clinici, die gebruikmaken van pseudo-wetenschappelijke en pseudo-rationele argumenten

De overgrote meerderheid van de argumenten ten gunste van psychiatrische euthanasie is gebaseerd op subjectieve, ongrijpbare criteria en abstracte concepten, zoals de eigen perceptie van het individu van lijden, ondraaglijkheid, waardigheid, discriminatie en de bescherming van zelfbeschikking. De meeste wetenschappelijke artikelen die psychiatrische euthanasie ondersteunen, zijn geschreven door niet-medische auteurs (75%) [101], richten zich op subjectieve argumenten en doen een beroep op onwetendheid, bijvoorbeeld: ze verwarren lichamelijke en psychische ziekten en lijden, waarbij ze voorbijgaan aan de slecht begrepen etiologie van psychische aandoeningen [102,103]; ze stellen dat het vermogen van psychiatrische patiënten om beslissingen te nemen over hun eigen euthanasie even eenvoudig en gemakkelijk te beoordelen zou moeten zijn als hun beslissingsvermogen voor elke andere medische ingreep [104], en dat de drempel voor het beoordelen van het vermogen tot euthanasie zelfs verlaagd zou moeten worden om zelfbeschikking te bevorderen en te vergemakkelijken; ze beweren dat oordelen over onherstelbaarheid niet alleen moeten berusten op statistische kansen op herstel, maar sterk moeten afhangen van het eigen oordeel van de persoon [105]; ze stellen dat het wachten op mogelijke nieuwe behandelingen, zoals ketamine voor therapieresistente depressie, dat in andere landen met succes wordt gebruikt, geen rechtvaardiging is om euthanasie te lang uit te stellen [106,107]; ze stellen dat het weigeren van psychiatrische euthanasie patiënten ertoe aanzet suïcide te plegen of een poging daartoe doen [108]; dat als patiënten levensverlengende behandeling kunnen weigeren, zij ook het recht op psychiatrische euthanasie zouden moeten hebben, zelfs als er effectieve behandelingen zijn of zelfs bij afwezigheid van lijden [109]; dat, omdat er weinig empirisch bewijs is dat psychiatrische euthanasie negatieve gevolgen heeft, de uitbreiding van psychiatrische euthanasie naar existentieel lijden onvermijdelijk is, en deze niet-medische auteurs zeggen dat dat op zich niet per se slecht is [110]; ze stellen dat depressieve mensen zo geblokkeerd kunnen zijn dat ze niet de stap kunnen zetten om suïcide te plegen, of per ongeluk anderen kunnen doden tijdens een suïcidepoging, of dat mislukte suïcidepogingen het vermogen om te werken kunnen verminderen en er minder geld wordt verdiend, of dat, aangezien behandeling erg duur is, het weigeren van euthanasie nog discriminerender is [108]; ze stellen ook dat, aangezien er in de geneeskunde al medische fouten bestaan, het risico op valse positieven (het beëindigen van het leven van mensen die niet daadwerkelijk aan de criteria voor euthanasie voldoen) een volkomen aanvaardbaar gevolg is [111]. Vreemd genoeg heeft in een samenleving die op dit moment de gevestigde autoriteiten en kennis afwijst ten gunste van zelfbeschikking en autonomie 95% van de aanvragers van actieve levensbeëindiging in Nederland niet de moed om zichzelf van het leven te beroven en vraagt de autoritaire figuur van een arts om het voor hen te doen [112]. Verschillende artsen en psychiaters, die geacht worden wetenschappelijk onderlegd te zijn, papegaaien nu deze pseudowetenschappelijke en pseudorationele argumenten na om hun praktijken van euthanasie bij psychiatrische patiënten te rechtvaardigen en voegen daar zelfs zelf nog een beroep op onwetendheid aan toe. Ze zeggen: “Je hoeft het niet te begrijpen”; “Als iemand (de minderjarige patiënt) kan uitleggen waarom het niet meer gaat en diegene ouders heeft die haar steunen in die wens, wie ben ik dan als dokter om daaraan te twijfelen?”; “Ik weet niet wat ik doe in spirituele zin... Ik hoop dat ik het lijden van

mensen beëindig... Ik kan alleen op mijn eigen geweten vertrouwen”; “je kunt er nooit zeker van zijn of een doodswens geen symptoom is” [6,10,11,113].

21. Het afhaken van artsen, hun toegevendheid en de uitholling van de waarde van het leven

Psychiatrische aandoeningen creëren een zware sfeer rondom de patiënt, wat gevolgen heeft voor families en zorgverleners [68,114]. Zelfs 's werelds beste experts geven toe dat het omgaan met deze patiënten moeilijk is. Er moeten geschikte teams van professionals worden opgeleid om met deze specifieke groep patiënten om te gaan, omdat sommige professionals zich gemakkelijk hulpeloos, ontzet, schuldig, boos, verraden en verdrietig kunnen voelen ten opzichte van de patiënt [68]. Dit is een van de redenen waarom zoveel artsen het bij hen opgeven. Ze vertellen een patiënt dat er niets meer aan zijn of haar aandoening te doen is, zoals aan zoveel patiënten is verteld [58,74,81], wat niet alleen wetenschappelijk onjuist is gezien de huidige stand van de medische wetenschap [115–118], maar het geeft de patiënt ook het gevoel dat de artsen het hebben opgegeven, waardoor de patiënt alle hoop op herstel verliest [82]. Een van de vooraanstaande Nederlandse experts op het gebied van psychiatrische euthanasie zei: “Het ergste wat ik nu tegen je kan zeggen, is dat ik een aantal opties heb om je beter te maken. Ik heb geen opties” [58]. Dit versterkt en stimuleert de doodswens die veel van deze mensen al hebben. Als euthanasie vervolgens voor hen beschikbaar wordt gesteld, zullen ze die gebruiken als een manier om een einde te maken aan hun vermeende lijden, zoals blijkt uit de jaarlijkse toename van het aantal gevallen van euthanasie voor psychiatrische aandoeningen in Nederland, waarbij artsen toegeven aan de suïcidale wensen van psychiatrische patiënten [75].

Ondanks technologische vooruitgang en succesvolle behandelingsmogelijkheden lijken de ethische normen voor het leven achteruit te gaan. In vergelijking met psychiaters waren Nederlandse huisartsen bijna drie keer zo vaak geneigd om euthanasie bij psychiatrische aandoeningen goed te keuren, zelfs in gevallen waarin de patiënt zich gewoon levensmoe voelt zonder dat er sprake is van een ernstige ziekte [68,119]. Dit is een duidelijk geval van het Dunning-Kruger-effect, waarbij individuen, zoals huisartsen, met weinig vaardigheid, kennis of ervaring op een bepaald gebied hun eigen bekwaamheid of inzicht overschatten, en daardoor vaak ten onrechte meer vertrouwen hebben in hun mening en eerder geneigd zijn praktijken te steunen of goed te keuren waarover ze weinig weten, zoals psychiatrische euthanasie [50,120]. Ongeacht hun eerlijkheid of goede bedoelingen: hoe zijn wetenschappelijke zekerheid en empirisch onderbouwde geneeskunde verenigbaar met het vertrouwen op een arts over het nut van een levensbeëindigende procedure die zegt: “als de patiënt en de familie het willen, wie ben ik dan om te twijfelen... ik weet niet wat ik doe... ik hoop dat ik het lijden beëindig... ik kan alleen op mijn eigen geweten vertrouwen... ik kan er nooit zeker van zijn”?

Het ogenschijnlijke gemak waarmee sommige patiënten als onbehandelbaar worden beschouwd en in aanmerking komen voor euthanasie, roept ernstige vragen op over klinisch oordeel en behandelingsnormen. Een van de gevallen die in het rapport van het Expertisecentrum Euthanasie wordt genoemd [7], is dat van een eenzame man van in de vijftig: hij werd in zijn volwassen leven vaak gepest, had nooit een intieme relatie of zelfs maar seks gehad, en hunkerde naar het verlangen om ten minste één keer in zijn leven verliefd te worden; hij werd door verschillende specialisten, waaronder die van het Expertisecentrum, bij verschillende gelegenheden gedurende een periode van 16 maanden geacht aan alle criteria van ongeneeslijkheid en ondraaglijk lijden te voldoen, en kwam daarom in aanmerking voor euthanasie. Deze patiënten hebben wanhopig behoefte aan vriendschap, menselijk contact, ze hebben artsen nodig die luisteren, echt luisteren, al is het maar om te luisteren naar hun wens om te sterven. Luisteren betekent niet dat je euthanasie mogelijk maakt, het betekent begrip, begrip voor hun angsten en zorgen. Ze hebben artsen nodig die hen steunen, die hen hoop geven, geen artsen die hen alles afnemen door hun hopeloosheid te benadrukken en hun doodswens te ondersteunen [82]. Prof. Lars Mehlum, een van de meest vooraanstaande psychiatrische experts op dit gebied, vertelde mij persoonlijk dat veel deskundigen de diepgaande interpersoonlijke en psychologische aspecten van de doodswens van mensen in het licht van hun lijden ernstig negeren; dat wij sociale wezens zijn en dat ons psychologisch bestaan sterk afhankelijk is van anderen, hun steun, hun acceptatie en hun liefde. Het is dan ook zeer verontrustend dat psychiaters hier hun ogen voor kunnen sluiten, maar blijkbaar is het behalen van een diploma als in de psychiatrie gespecialiseerde arts geen garantie dat een arts werkelijk medelevend zal zijn en de stelregel van Edward Trudeau zal volgen dat een arts misschien in staat is “soms te genezen, vaak te verlichten, maar altijd te troosten”. Deze patiënten krijgen niet de juiste behandelingen

en hebben de hoop verloren [68,69]; ze hebben artsen gehad die hen expliciet hebben opgegeven, waardoor het idee van onbehandelbaar te zijn werd versterkt, toekomstige herstellingspogingen actief werden ondermijnd en andere, meer competente professionals werden belemmerd om deze patiënten te helpen door hen opzettelijk van tevoren te doden.

22. Verouderde kennis, ontoereikende procedures en geen empirisch onderbouwde behandeling voor de meerderheid van de patiënten die euthanasie zijn ondergaan

Het langdurige lijden van patiënten die jarenlang ontoereikende behandelingen hebben ondergaan, met behandelmoedigheid en wanhoop tot gevolg, wordt duidelijk geïllustreerd: “Ze kon het leven niet meer leven. Hoe graag ze zelf ook wilde, het lukte niet meer. Ze was op, behandelmoed, therapieresistent”; “Het is niet dat ik wil sterven, het is dat ik dit leven niet meer wil leiden [...] Ik heb alles geprobeerd wat er is” [6,11]. Het is de plicht van de Regionale Commissies voor Euthanasie om na een euthanasieprocedure te controleren of aan de zorgvuldigheidscriteria is voldaan [121]. Een recent wetenschappelijk onderzoek door prof. Lars Mehlum, voormalig voorzitter van de European Society for the Study of Personality Disorders, concludeerde echter dat de meeste psychiatrische patiënten in Nederland die euthanasie ondergingen, nog lang niet alle therapeutische mogelijkheden hadden uitgeput: deze patiënten werden bestempeld als onbehandelbaar en zonder vooruitzicht op verbetering op basis van verouderde kennis en onwetendheid over de nieuwste ontwikkelingen in de behandeling van psychiatrische aandoeningen [68]. In feite concludeerde een groter Nederlands onderzoek onder 116 psychiatrische patiënten die euthanasie hadden ondergaan, op basis van gegevens van de regionale commissies voor de toetsing van euthanasie, dat slechts één patiënt met een persoonlijkheidsstoornis enige gedeeltelijke, op bewijs gebaseerde behandeling had ondergaan die specifiek was voor persoonlijkheidsstoornissen; 99% van de psychiatrische patiënten die euthanasie hadden ondergaan, had voorafgaand aan de euthanasie geen empirisch onderbouwde behandeling ondergaan [69]. Toch werden zij door de Nederlandse deskundigen als onbehandelbaar beschouwd en oordeelden de Regionale Euthanasiecommissies dat aan de criteria voor de nodige zorgvuldigheid was voldaan.

23. Klinische, wetenschappelijke en academische beperkingen van de deskundigen op het gebied van psychiatrische euthanasie

De twee meest vooraanstaande deskundigen op het gebied van psychiatrische euthanasie in Nederland zijn beiden kinder- en jeugdpsychiaters [27,62]. Toch betreft het merendeel van de euthanasiezaken waarmee zij te maken hebben volwassenen. Zij beoordelen de onbehandelbaarheid van volwassenen en maken psychiatrische euthanasie bij volwassenen mogelijk, en voeren deze soms zelf uit. Zou dit nog een voorbeeld kunnen zijn van het Dunning-Kruger-effect, aangezien hun expertise zich niet uitstrekt tot volwassenenpsychiatrie? Maar ondanks deze twijfels, gezien hun bereidheid om te evalueren, second opinions te geven over de onbehandelbaarheid van bepaalde psychiatrische patiënten en aan zo velen van hen euthanasie te verlenen, moet men aannemen dat hun expertise en kennis van stemmingsstoornissen, depressie en andere psychiatrische aandoeningen aanzienlijk zou zijn. Als collega-arts en wetenschapper heb ik verschillende databases doorzocht naar gepubliceerde peer-reviewed artikelen van deze topexperts over deze onderwerpen, waaronder euthanasie. Er zijn er echter geen. Afgezien van enkele blogartikelen en één opiniestuk [10,49] heeft geen van hen peer-reviewed artikelen over deze onderwerpen gepubliceerd [122]. Dit betekent dat deze topexperts geen wetenschappelijke achtergrond hebben, noch praktijkwerk hebben gepubliceerd om hun handelingen te onderbouwen. Deze en andere deskundigen baseren zich uitsluitend op hun overtuigingen, hun subjectieve waarnemingen en hun persoonlijk gevoel van voldoening om psychiatrische euthanasie te rechtvaardigen: “en hij vond het zo heftig hoe lang ik al lijd, dat hij me wil helpen verlossen van die pijn”, “en omschreef haar lijden ook als onleefbaar”, “Toen ik van Kit hoorde dat ze euthanasie ging verlenen aan de moeder van een jongetje van zes dacht ik: dat kan toch niet. Toen heb ik gevraagd of ik haar ook mocht spreken. Dat overtuigde me meteen. Zo verschrikkelijk leed die vrouw”, “Zijn verhaal was zo overtuigend dat al mijn theoretische bezwaren verdwenen”, “Ik heb slapeloze nachten,... maar wat me helpt is de dankbaarheid van mensen, hun ouders, families en partners.”, “Als je het niet doet, laat je mensen in de steek”, “ik vervulde een ultieme wens. Dus hoe mooi is het om die wens in vervulling te laten gaan...”, “maar ook opgelucht (door de euthanasie)... weet ik wel wat ik verkies”, “Aandacht voor euthanasie als laatste middel, ook bij een psychische aandoening, lijkt mij heel gezond”

[6,11,13,49,51,62,72]. Een dergelijke professionele houding verklaart wellicht waarom Nederland een van de hoogste percentages psychische aandoeningen en suïcides in de Europese Unie kent [15,25,26].

24. In andere EU-landen overleven soortgelijke patiënten en bloeien ze op

In Nederland heeft het establishment voor psychiatrische euthanasie alleen al in de afgelopen vijf jaar meer dan 600 behandelbare patiënten de dood bezorgd. In andere EU-landen kunnen vergelijkbare patiënten echter overleven en opbloeien, zonder zichzelf van het leven te beroven; hun families krijgen de steun die ze nodig hebben om de moeilijkere fasen van de ziekte door te komen; ze hebben aanzienlijk lagere suïcidecijfers dan in Nederland (2 tot 4 keer lagere suïcidecijfers onder vrouwen in Italië, Spanje of Griekenland) [25], en ze beschikken niet over psychiatrische euthanasie. Andere Europese deskundigen hebben herhaaldelijk aangetoond dat psychiatrische stoornissen te genezen zijn door middel van succesvolle behandelingsregimes die worden uitgevoerd door getrainde teams van professionals en deskundige therapeuten. Deskundigen zoals prof. Lars Mehlum beschikken over honderden peer-reviewed publicaties, studies en praktijkgerichte klinische gegevens om hun succes op dit gebied vast te stellen, te sturen en te verklaren [123].

25. Zodra euthanasie is goedgekeurd, verdwijnen de aanhoudende, onbehandelbare symptomen van de ziekte, die al jarenlang aanwezig waren

Vreemd genoeg ondervindt de meerderheid van de patiënten die willen sterven en om psychiatrische euthanasie vragen, een verbazingwekkende verbetering en soms zelfs een volledige remissie van hun symptomen nadat ze toestemming hebben gekregen voor euthanasie. Uit interviews met familieleden na de euthanasie, of uit interviews met patiënten vlak voor de euthanasie, blijkt dat de psychologische last die zij jarenlang hadden gevoeld, de angst en de vertwijfeling, de gevoelens van wanhoop en uitzichtloosheid, de suïcidale gedachten, bijna elk negatief aspect van hun ziekte plotseling verdween. Zelfs patiënten met ernstige anorexia beginnen beter te eten. Ze beginnen het leven te waarderen, sommigen pakken het gezinsleven weer op zonder de terugkerende conflicten, doen dingen met hun gezin en partners die ze tijdens de jaren van hun ziekte zelden deden, ondernemen activiteiten die ze leuk vinden of die ze hadden uitgesteld, reizen, en lijken over het algemeen van het leven te genieten, waarbij ze de weken voor de euthanasie bestempelen als de gelukkigste dagen van hun leven: “We hebben een mooie laatste tijd en een prachtig afscheid gehad, zelfs met een grap en een rol. Alles klopte: de weken ervoor, de dag van het afscheid; “We hebben nog hele fijne, leuke momenten meegemaakt, “dat de laatste weken, hun fijnste weken in jaren waren geweest!”; “Die laatste zes weken waren gelukkige weken, het gezin maakte wandelingen, dronk kopjes koffie en keek ’s avonds feelgoodfilms, de woede en vijandigheid die het gezin hadden verscheurd, verdwenen”; “(Na de goedkeuring) waren de weken voordat E. stierf de gelukkigste van haar volwassen leven”; “Voor het eerst in lange tijd woonden we weer als gezin samen. We kregen de kans om mooie herinneringen op te halen”, “grote wens om naar Disneyland te gaan vervullen. Daar ben ik samen met een vriendin naartoe gegaan om Stitch nog één keer een knuffel te kunnen geven.”, “Toen de datum was vastgesteld, hebben we zo’n fijne week gehad, zelfs met uitjes naar de dierentuin” [11,13,57,58,77,78,85,124]. De beschrijvingen in deze interviews gaan over mensen die het leven met beide handen aangrijpen, en het dagelijks leven vredig en gelukkig beleven en ervan genieten, zonder stress of een aanzienlijke last veroorzaakt door de aandoening. Er zijn enkele wetenschappelijke artikelen en zelfs een proefschrift die dit fenomeen beschrijven: zodra ze weten dat hun euthanasie is goedgekeurd, ervaren deze patiënten een onmiddellijke toestand van intens geluk, euforie, een gevoel van gezegend zijn en intense opluchting die aanhoudt; ze voelen zich ook minder belast door zelfdestructieve gedachten en gedragingen en onderdrukken hun suïcidale gedachten [47,95,125]. Sommige patiënten vonden, nadat ze wisten dat ze de mogelijkheid hadden om door te gaan met de euthanasie, dat dit alleen al voldoende gemoedsrust gaf om door te gaan met hun leven of zelfs verdere behandelingen te overwegen: “Dus toen ik eindelijk toestemming kreeg om te sterven, was dat een enorme opluchting... sindsdien beleef ik betere momenten en twijfel ik nu ook... we bespreken andere beschikbare opties” [47,95].

Dit herstel vond niet plaats door medicatie, fysieke ingrepen in het lichaam van de patiënt, veranderingen in hun leefomgeving, de mensen om hen heen of aanpassingen in hun sociale context. Het vond uitsluitend plaats na een administratieve gebeurtenis, namelijk de mededeling dat ze eindelijk toestemming hadden gekregen voor euthanasie en dat ze in de komende 4 tot 6 weken euthanasie zouden

ondergaan. Er werden geen nieuwe behandelingen ingezet, er veranderde niets aan de biologische gesteldheid van de patiënt, maar een simpele externe trigger, zoals een kennisgeving, veroorzaakte deze aanhoudende verbetering totdat de patiënt euthanasie kreeg. Dit roept opnieuw kritische klinische vragen op: wat is er gebeurd met het dagelijkse en voortdurende ondraaglijke lijden? Wat is er gebeurd met het onveranderlijke uitgangspunt en criterium voor euthanasie, namelijk 'zonder uitzicht op verbetering' [4]? Dit patroon verschilt opvallend van dat bij andere fysiek terminaal zieke patiënten die euthanasie willen, die, ondanks het ontvangen van soortgelijke mededelingen, blijven lijden zonder verbetering en pijn melden tot aan hun dood. Er zijn geen aanwijzingen dat psychiatrische patiënten hun symptomen simuleerden of verzonnen vóór de goedkeuring. Ze ervoeren waarschijnlijk oprecht leed, hopeloosheid en lijden. Als echter een louter administratieve kennisgeving, een brief of een telefoontje zo'n diepgaande, ongekende, een week lang aanhoudende verbetering en positieve impact op deze patiënten en hun families kan teweegbrengen, wordt de bewering van onbehandelbaarheid klinisch gezien twijfelachtig. Welke medische basis blijft er over om te beweren dat de aandoening werkelijk onomkeerbaar, ondraaglijk en buiten het bereik van de therapie ligt? Er zijn ook verschillende gevallen van patiënten die, na jaren op de wachtlijst voor psychiatrische euthanasie te hebben gestaan en uiteindelijk goedkeuring te hebben gekregen, plotseling verliefd worden, slechts één maand voor hun geplande overlijden. Opmerkelijk genoeg verdwijnen alle symptomen als bij toverslag, en zien zij zowel van euthanasie als van hun lang gekoesterde wens om te sterven af [71,126].

26. Het ontbreken van een kritische houding, diagnostische fouten en straffeloosheid in de psychiatrie

Mensen zouden anderen en zichzelf altijd moeten vragen wat ze doen en waarom ze dat doen, vooral als het gaat om beslissingen over leven en dood. Het belang van deze kritische houding wordt nog eens benadrukt door het feit dat verkeerde diagnoses in de psychiatrie geen incidentele, maar een structureel probleem zijn. In verschillende studies is aangetoond dat misdiagnoses in alle belangrijke psychiatrische gebieden voorkomen. Het percentage misdiagnoses bereikt verontrustend hoge percentages: meer dan 60% voor ernstige depressieve stoornissen, meer dan 90% voor bipolaire stoornissen, of meer dan 80-90% voor angststoornissen [127]. Sommige patiënten raadpleegden gemiddeld 4 verschillende artsen voordat ze de juiste diagnose kregen, en meer dan een derde wachtte 10 jaar voordat ze een juiste diagnose kregen [128]. Als patiënten autistische kenmerken vertonen en vrouw zijn, verdrievoudigt de kans op misdiagnoses in vergelijking met mannen [129]. Zelfs in gespecialiseerde psychiatrische instellingen en academische centra met opgenomen patiënten bereikt het percentage misdiagnoses voor ernstige psychiatrische stoornissen niveaus tot 40% [130,131]. Het volstaat te zeggen dat 6% van de psychiatrische patiënten die euthanasie zijn ondergaan in het rapport van het Expertisecentrum Euthanasie helemaal geen specifieke psychiatrische diagnose had; deze was simpelweg onbekend [7]. Er zijn zelfs gevallen gemeld van verkeerde diagnoses bij patiënten die om psychiatrische euthanasie verzochten, of zelfs van herstel op het laatste moment vóór de euthanasie na 10 jaar van verkeerde diagnose met volledige remissie van de aandoening [48,132]. En toch zijn er meerdere gevallen geweest waarin psychiatrische patiënten, na jarenlang artsen, familieleden en beoordelingscommissies er vast van te hebben overtuigd dat euthanasie hun enige uitweg was, op het allerlaatste moment van gedachten veranderden, in sommige gevallen zelfs toen de naald al in de buurt kwam [133,134]. Als zulke ingrijpende ommezwaaien op het punt waarop er geen weg terug meer is kunnen plaatsvinden na jaren van onwankelbare overtuiging, hoe kunnen we dan aannemen dat anderen later niet van gedachten zouden zijn veranderd, als ze maar meer tijd hadden gekregen? Dergelijke ommezwaaien op het laatste moment stellen de betrouwbaarheid van psychiatrische beoordelingen, die psychisch lijden als onherstelbaar beschouwen en de dood als de enige optie, fundamenteel ter discussie. De euthanasie van de patiënt is echter de perfecte manier om medische fouten te verdoezelen, omdat niemand ooit zal kunnen bewijzen dat de diagnose verkeerd was of dat de ziekte behandelbaar was, aangezien het enige bewijs of de enige getuige, namelijk de patiënt, dood is. Dus, behalve dat de psychiatrie het specialisme is met het hoogste percentage verkeerde diagnoses in de geneeskunde, en bijgevolg een grotere kans op fouten en onzekerheid, is het ook het enige specialisme dat, op basis van deze onzekerheden, de meest definitieve, ultieme en onomkeerbare handeling in de hele geneeskunde voorstelt en uitvoert, namelijk het opzettelijk doden van lichamelijk gezonde patiënten. Ondanks al deze mislukkingen kent de psychiatrie het laagste aantal rechtszaken wegens wanpraktijken van alle medische specialismen [135,136].

27. Euthanasie is de nieuwe geneeswijze voor psychische aandoeningen

Dertig jaar geleden stelde professor Herbert Hendin dat het normaliseren van suïcide als medische optie de basis legt voor een samenleving waarin euthanasie een “geneeswijze” voor suïcidale depressie wordt [137]. Momenteel komt psychiatrische euthanasie zo vaak voor dat zelfs professionals binnen het euthanasie-establishment, zoals prof. Theo Boer, die tien jaar lang lid was van de Regionale Euthanasiecommissies in Nederland, zagen hoe de dood door euthanasie als laatste redmiddel veranderde in de dood door euthanasie als standaardoptie voor psychiatrische gevallen. Sommige van deze professionals, waaronder prof. Boer, waren zo vervuld van afschuw over deze praktijk dat ze uit hun functie stapten [1,17,74,138]. Cijfers tonen aan dat euthanasie de standaardoptie binnen de zorg voor psychiatrische aandoeningen aan het worden is: in 2023 kregen 138 patiënten euthanasie vanwege psychische stoornissen; in 2024 was dat aantal gestegen tot 219, een stijging van 59% in slechts één jaar; terwijl euthanasie vanwege ondraaglijk lijden bij kankerpatiënten in Nederland de afgelopen 10 jaar met 37,5% is toegenomen, is euthanasie om psychiatrische redenen in dezelfde periode met 421% gestegen, waarbij in 2024 219 mensen werden gedood [5,139,140]. Deze cijfers omvatten geen ouderen of dementerende patiënten, maar alleen mensen met puur psychiatrische aandoeningen, van wie de meerderheid in andere landen nog in leven zou zijn en goed en succesvol behandeld zou worden. Het euthanasieproces voor psychiatrische aandoeningen wordt gepromoot en gepresenteerd als een behandeling met een selectieproces op basis van ogenschijnlijk medische criteria, die vervolgens de beslissing om de psychiatrische patiënt euthanasie te verlenen rechtvaardigen en ondersteunen [4,7]. Aangezien sommige artsen openlijke voorstanders van psychiatrische euthanasie zijn geworden en erom bekendstaan het verkrijgen van toestemming voor euthanasie te vergemakkelijken, zien wanhopige mensen hen op tv en komen ze naar hen toe met het verzoek om een second opinion [6]. Er zou geen vooringenomenheid of neiging tot psychiatrische euthanasie mogen zijn, maar de feiten en gegevens die door de directe institutionele facilitators worden verstrekt, zeggen iets anders: in 2024 was het aantal sterfgevallen door psychiatrische euthanasie hoger dan ooit [5,140]. Euthanasie is echter geen behandeling, maar een definitieve daad die elke mogelijkheid van herstel of toekomstige behandeling voor psychiatrische patiënten uitsluit.

28. Het hellend vlak van euthanasie

Er zijn veel waarschuwingen van artsen geweest dat het toestaan van euthanasie bij psychiatrische aandoeningen een hellend vlak zou kunnen worden. Is het doden van behandelbare patiënten, van wie sommigen niet eens ondraaglijk lijden, die willen sterven of van wie de familieleden doodsbang zijn dat ze suïcide zouden plegen, geen teken van dat hellend vlak? De gevallen van de eenzame mensen die nooit verliefd zijn geweest of seks hebben gehad, de moeder van twee kinderen die haar leven niet meer ziet zitten, de 35-jarige wereldkampioene hockey die de dood van haar moeder niet kon verwerken, het 23-jarige Belgische meisje dat de terroristische aanslag waarvan ze getuige was niet kon verwerken, of de 34-jarige vrouw die een paar maanden na de breuk met haar vriend euthanasie kreeg, zijn perfecte voorbeelden [6,7,46,141–144]. Wordt euthanasie de nieuwe manier om om te gaan met frustratie en ontevredenheid over het leven, het verlies van een baan, met verdriet of romantische teleurstellingen [142]? Als ondraaglijk lijden op zich al voldoende reden is voor euthanasie, dan zouden financiële ondergang, gevangenschap of andere onomkeerbare levensomstandigheden eveneens als “ongeneeslijk” kunnen worden bestempeld, waardoor euthanasie een middel wordt om te ontsnappen aan tegenslag, verantwoordelijkheid of sociale gevolgen.

29. Euthanasie biedt geen tweede kansen

Er bestaat een breed scala aan wetenschappelijk bewezen succesvolle behandelingen voor alle genoemde gevallen of voor elke andere psychiatrische patiënt, die hen kunnen helpen door het leven draaglijker en de moeite waard te maken. Helaas hebben veel patiënten in Nederland, om de een of andere reden, geen toegang tot deze behandelingen en leiden ze een ellendig leven, plegen ze suïcide of krijgen ze euthanasie. Los van euthanasie wordt de lichamelijk terminaal zieke patiënt altijd achtervolgd door de dood, en bieden behandelingsopties maar heel weinig tweede kansen in het leven. Maar dat was niet het geval bij Zoraya of bij de andere gevallen. Zouden ze vandaag nog in leven zijn zonder euthanasie? Velen zeker wel, omdat ze bang waren en niet de wil of moed hadden om het zelf te

doen en hun eigen leven te beëindigen, waardoor ze op anderen moesten vertrouwen om het voor hen te doen en de bittere pil te verzachten. Zou al dit gepresenteerde bewijs hen doen heroverwegen? We zullen het nooit weten, want euthanasie biedt geen tweede kansen. Dode patiënten kunnen niet van gedachten veranderen.

30. CONCLUSIES & NAWOORD

Pseudowetenschappelijke en pseudorationele argumenten, de hegemonie van irrationaliteit om tegemoet te komen aan de wensen van patiënten, verouderde kennis over de behandeling van psychiatrische stoornissen, onwetendheid over succesvolle, gepersonaliseerde behandelingsregimes, een gebrek aan wetenschappelijk bewijs, achtergrondkennis of academische kennis bij de topexperts binnen het vakgebied of bij de belangrijkste partijen ter ondersteuning van hun handelingen, overempathische, bevooroordeelde artsen die psychiatrische euthanasie goedkeuren en uitvoeren, jarenlange wachtlijsten voor inefficiënte behandelingsfaciliteiten, het onthouden van empirisch onderbouwde behandelingen, patiënten die ten onrechte als onbehandelbaar worden bestempeld, in de steek gelaten patiënten, uitgeputte en vermoeide partners en ouders, genegeerde gezinnen die vrezen voor de suïcide van hun dierbaren, families die onder druk worden gezet om psychiatrische euthanasie te steunen vanwege het ontbreken van efficiënte psychiatrische hulp, gebrek aan praktische suïcidepreventie voor patiënten en geen steun voor hun gezinnen, een van de hoogste suïcidecijfers in Europa, ondraaglijk lijden bij patiënten die erin slagen jarenlang zonder enige behandeling te overleven, waarvan meer dan 96% geen suïcide pleegt, een 18:1 genderdisproportie tussen psychiatrische euthanasie en suïcide die onevenredig ten koste gaat van jonge vrouwenlevens, gegarandeerde euthanasie voor suïcidale patiënten of patiënten die een suïcidepoging doen, euthanasie als standaardoptie bij depressie, verboden promotie van suïcide versus institutionele promotie van psychiatrische euthanasie, institutionele aanmoediging van aanstekelijkheid en clusters van psychiatrische euthanasie, artsen die stichtingen oprichten om het doden te versnellen, ondraaglijke en onbehandelbare ziektesymptomen die plotseling verdwijnen, last-minute herroepingen die jaren van eerdere psychiatrische conclusies in diskrediet brengen, versneld doden van honderden spontaan herstellende patiënten, Kafkaëske instellingen die indirect de euthanasie van behandelbare kinderen goedkeuren, het doden van behandelbare patiënten die in andere landen zouden overleven en opbloeien. Ga zo maar door.

Hoe kan een mooi land als Nederland deze omvang en opeenstapeling van fouten, nalatigheid en incompetentie verklaren, met de medeplichtigheid van politieke leiders? In Europa zijn veel ministers van Volksgezondheid ten val gekomen vanwege slechts een fractie van deze ramp. Gezien de aanzienlijk lagere suïcidecijfers en de afwezigheid van psychiatrische euthanasie in veel EU-landen, hebben vergelijkbare patiënten andere uitkomsten gekend: ze werden behandeld of zijn misschien zelfs genezen, genieten van het leven en dragen bij aan het leven van de mensen om hen heen. Hoewel er formeel waarborgen zijn getroffen, blijkt uit de feiten dat het systeem van psychiatrische euthanasie functioneert met alarmerende inconsistentie, slechte naleving van klinische normen en systeemfouten die elders in de medische praktijk ondenkbaar zouden zijn. Laten de situaties waarin een oudere man meerdere jongere vrouwen en tieners aanmoedigt en direct doodt, en openlijk zegt dat hij de dood van vele anderen wil bespoedigen, in Nederland geen alarmbellen rinkelen? Waarom wordt de innovatieve Nederlandse euthanasiewet, die stond voor een fundamenteel humaan aspect van het verlichten van lijden, door bepaalde artsen (en patiënten) verdraaid en gemanipuleerd en zo onmenselijk gemaakt? Elke medische professional heeft de verantwoordelijkheid om zorg volgens de laatste stand van de techniek te bieden en op de hoogte te zijn van de succesvolle behandelingen die vandaag de dag beschikbaar zijn. Terwijl onwetendheid op andere medische gebieden onbedoeld tot de dood van patiënten kan leiden, kan dit in de psychiatrie ertoe leiden dat patiënten opzettelijk worden gedood, met volledige wettelijke goedkeuring van de Nederlandse wetgever. Er is geen medische opleiding voor nodig om te erkennen dat deze praktijk in duidelijke tegenspraak is met het gezond verstand, rationeel denken en empirisch onderbouwde klinische normen. Hoeveel behandelbare jonge patiënten moeten er nog opzettelijk worden gedood, hoeveel weeskinderen, weduwnaars of rouwende ouders zijn er nodig voordat Nederlandse artsen, hun medische verenigingen, politici of het grote publiek reageren? Wat niet bestand is tegen kritische toetsing, verdient geen stille acceptatie. In zaken van leven en dood is stilzwijgen geen neutraliteit, maar medeplichtigheid. En die medeplichtigheid strekt zich uit tot iedereen die

deze woorden leest, de waarheid onderkent en ervoor kiest weg te kijken. Passief blijven tegenover vermijdbare sterfte betekent aan de verkeerde kant staan van de geneeskunde, van de rede en van de menselijkheid.

Mogen deze zinloze sterfgevallen leiden tot kritische reflectie op wat er is misgegaan, tot verbetering van de opleiding van gespecialiseerde psychiaters en tot het stoppen van deze onnodige sterfgevallen. Het belangrijkste is dat we patiënten en families die met ernstig psychiatrisch lijden worden geconfronteerd, nauwkeurige, empirisch onderbouwde zorg en blijvende ondersteuning bieden, zodat ze niet alleen maar overleven en sterven, maar kunnen beginnen te leven.

31. Het uitblijven van een reactie van de instellingen

Naar aanleiding van de in dit artikel gepresenteerde documentatie en analyse is formeel contact opgenomen met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en zijn zij uitgenodigd om te reageren op de gedocumenteerde institutionele gegevens en het peer-reviewed bewijsmateriaal. De KNMG, die de medische beroepsgroep als geheel vertegenwoordigt en dezelfde documentatie had ontvangen, schoof de verantwoordelijkheid volledig af op de NVvP en ging niet in op de inhoud van de geuite zorgen. In schriftelijke correspondentie verklaarde de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie dat zij niet in staat was de inhoud van deze bevindingen te weerleggen. Ondanks dit gebrek aan betrokkenheid blijft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, met de steun van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde, de Regionale Euthanasiecommissies en politieke autoriteiten, patiënten en het bredere publiek publiekelijk verzekeren dat psychiatrische euthanasie veilig en zorgvuldig is en niet ter discussie staat.

Peter Kronenberg, MD, PhD

Consultant Uroloog

Lid van de Europese Raad voor Urologie

Voormalig voorzitter van PETRA Urogroup (Vereniging voor vooruitgang in endourologie, technologie en onderzoek)

ESU (European School of Urology) Faculty/Trainer

Wetenschappelijk adviseur van de grootste fabrikanten van medische hulpmiddelen

Voormalig commandant geneeskundige dienst

Disclaimer: De door de auteur gepubliceerde meningen komen niet noodzakelijkerwijs overeen met die van de organisaties waaraan de auteur verbonden is.

Financiering: Dit werk heeft geen externe financiering ontvangen.

Belangenverstrengeling: De auteur verklaart dat er geen sprake is van belangenverstrengeling met betrekking tot dit werk.

Opmerking over de vertaling: De Nederlandse vertaling van dit artikel is verzorgd door een beëdigd vertaler die staat ingeschreven in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv)

References

- 1 Harriet Sherwood. Dutch woman, 29, granted euthanasia approval on grounds of mental suffering. *The Guardian*. Updated May 16, 2024. <https://www.theguardian.com/society/article/2024/may/16/dutch-woman-euthanasia-approval-grounds-of-mental-suffering>. Accessed July 13, 2024.
- 2 Bosma O. Interview Zoraya - Onno Bosma. *Onno Bosma*. Updated February 18, 2024. <https://onnobosma.nl/interview-zoraya/>. Accessed July 14, 2024.
- 3 Baard L. Haar diepste wens is vervuld, Zoraya uit Oldenzaal kreeg kort na haar verjaardag euthanasie. *Tubantia*. Updated May 22, 2024. <https://www.tubantia.nl/oldenzaal/haar-diepste-wens-is-vervuld-zoraya-uit-oldenzaal-kreeg->

- kort-na-haar-verjaardag-euthanasie~a3699232/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F. Accessed July 20, 2024.
- 4 Euthanasia Code 2022. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/euthanasia-code-2022>. Updated July 14, 2024. Accessed July 14, 2024.
 - 5 Regional Euthanasia Review Committees. *Annual Report 2024; 2025*. <https://www.euthanasiecommissie.nl/documenten/2024/03/24/index>.
 - 6 Buchanan A. Why the Dutch are euthanising physically healthy young adults – and could the UK be next? *The Telegraph*. Updated June 8, 2024. <https://www.telegraph.co.uk/news/2024/06/08/dutch-euthanasia-healthy-children/>. Accessed July 9, 2024.
 - 7 Kammeraat M, Kölling P. *Psychiatrische patiënten bij Expertisecentrum Euthanasie: Retrospectieve dossierstudie naar de achtergronden en het verloop van euthanasieverzoeken op grond van psychiatrisch lijden bij Expertisecentrum Euthanasie*. Den Haag; 2020. <https://expertisecentrum euthanasie.nl/app/uploads/Onderzoeksrapportage-Psychiatrische-Patiënten-Expertisecentrum-Euthanasie-1.pdf>.
 - 8 Petra's lichaam is altijd in opgewonden staat, maar komt nooit tot een hoogtepunt: 'Het drijft me tot wanhoop' - LINDA.nl. <https://www.linda.nl/persoonlijk/pgad-petra-opgewonden-orgasme/>. Updated September 18, 2025. Accessed September 18, 2025.
 - 9 Subramanya R. She Was 29. And Doctors Helped Her Die. *The Free Press*. Updated May 28, 2024. <https://www.thefp.com/p/zoraya-ter-beek-dead-assisted-suicide>. Accessed July 22, 2024.
 - 10 Menno Oosterhoff. You don't need to understand. - Menno Oosterhoff. <https://www.menno-oosterhoff.nl/media/blogs/you-dont-need-to-understand/>. Updated July 10, 2024. Accessed July 10, 2024.
 - 11 Jong N de. Mireille's dochter Milou (17) koos na psychisch lijden voor euthanasie: 'Ze regelde haar eigen uitvaart'. LINDA. Updated November 17, 2023. <https://www.linda.nl/persoonlijk/opvoeden/mireille-dochter-milou-euthanasie/>. Accessed July 15, 2024.
 - 12 Romy (21) kiest voor euthanasie: 'Het leven is niet voor mij gemaakt.' | Stichting KEA. <https://stichtingkea.nl/romy-21-kiest-december-2023-voor-euthanasie-het-leven-is-niet-voor-mij-gemaakt/>.
 - 13 Boterkooper G. Romy (21) kiest deze maand voor euthanasie: 'Het leven is niet voor mij gemaakt'. LINDA. Updated December 7, 2023. <https://www.linda.nl/meiden/meiden-reallife/romy-december-euthanasie/>. Accessed July 15, 2024.
 - 14 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Documenten | Regionale Toetsingscommissies Euthanasie: Patiënten met een psychische stoornis. <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken?trefwoord=&startdatum=&einddatum=&uitspraak-uitleg=Pati%C3%ABnten+met+een+psychische+stoornis&type=Alle+uitspraken>. Updated July 21, 2024. Accessed July 21, 2024.
 - 15 Angelini Pharma. The incidence of mental disorders in European countries. <https://www.angelinipharma.com/our-responsibility/headway-a-new-roadmap-in-mental-health/the-incidence-of-mental-disorders-in-european-countries/>.
 - 16 Expertisecentrum Euthanasie. 'Ik vind het een eer dat ik mag gaan.' - Expertisecentrum Euthanasie. <https://expertisecentrum euthanasie.nl/Interviews/ik-vind-het-een-eer-dat-ik-mag-gaan/>. Updated March 28, 2023. Accessed September 11, 2024. During the investigation this report/interview was removed from the website of the Expertisecentrum Euthanasie, but the same text can be found, word by word, at <https://vriendenvanee.nl/Interviews/ik-vind-het-een-eer-dat-ik-mag-gaan-3/>.
 - 17 Boer T. Assisted dying: 'What is seen as an opportunity by some has become an urge to give in to despair for others'. *Le Monde*. Updated April 12, 2022. https://www.lemonde.fr/en/opinion/article/2022/12/04/assisted-dying-what-is-seen-as-an-opportunity-by-some-has-become-an-urge-to-give-in-to-despair-for-others_6006522_23.html. Accessed July 22, 2024.
 - 18 Een waardig afscheid van haar dochter. De ervaring van Heleen. <https://thanet.nl/ervaringen/een-waardig-afschied-van-haar-dochter-de-ervaring-van-heleen/>. Accessed July 28, 2024.
 - 19 Centraal Bureau voor de Statistiek. 1,862 suicide deaths in 2023. *Centraal Bureau voor de Statistiek Newsletter*. Updated May 7, 2024. <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2024/18/1-862-suicide-deaths-in-2023>. Accessed July 13, 2024.
 - 20 Over KEA | Stichting KEA. <https://stichtingkea.nl/over-kea/#watzijnonzedoelen>. Updated September 10, 2023. Accessed July 18, 2024.
 - 21 Doherty AM, Axe CJ, Jones DA. Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review. *BJPsych Open*. 2022;8(4):e108. doi:10.1192/bjo.2022.71.

- 22 Jones DA. Euthanasia, Assisted Suicide, and Suicide Rates in Europe. *Journal of Ethics in Mental Health*. 2022;Open Volume 11:1-35.
- 23 Jones DA. Rapid response: Legalising the encouragement and assistance of suicide will not help prevent suicide. *BMJ*. 2022;377. <https://www.bmj.com/content/377/bmj.o1014/rr-7>.
- 24 Paton D, Girma S. Assisted suicide laws increase suicide rates, especially among women. *VoxEU*. Updated April 29, 2022. <https://cepr.org/voxeu/columns/assisted-suicide-laws-increase-suicide-rates-especially-among-women>. Accessed July 14, 2024.
- 25 World Bank Open Data. Suicide mortality rate, female (per 100,000 female population) - European Union. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.SUIC.FE.P5?locations=EU>. Updated July 10, 2024. Accessed July 10, 2024.
- 26 Have M ten, Tuithof M, van Dorselaer S, Schouten F, Luik AI, Graaf R de. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. 2023;22(2):275-285. doi:10.1002/wps.21087.
- 27 Effting M, Kraak H. Psychiater Kit Vanmechelen vertrok bij het euthanasie-centrum vanwege de wachtlijst: 'Ik vind het onacceptabel'. *de Volkskrant*. Updated February 17, 2024. <https://www.volkskrant.nl/binnenland/psychiater-kit-vanmechelen-vertrok-bij-het-euthanasie-centrum-vanwege-de-wachtlijst-ik-vind-het-onacceptabel~b54f1945/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.inliefdelatengaan.nl%2F>. Accessed July 18, 2024.
- 28 UK Parliament Committees, ed. *What to expect when you permit assisted dying: some comments from the Netherlands: Written evidence submitted Professor Theo Boer (ADY0484)*; 2023.
- 29 Rens E, Portzky G, Morrens M, Dom G, van den Broeck K, Gijzen M. An exploration of suicidal ideation and attempts, and care use and unmet need among suicide-ideators in a Belgian population study. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1741. doi:10.1186/s12889-023-16630-7.
- 30 Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(2):183-190. doi:10.31887/DCNS.2016.18.2/uhegerl.
- 31 American Foundation for Suicide Prevention. Suicide statistics. <https://afsp.org/suicide-statistics/>. Updated May 30, 2024. Accessed July 13, 2024.
- 32 Elzinga E, Kruif AJTCM de, Beurs DP de, Beekman ATF, Franx G, Gilissen R. Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242540. doi:10.1111/hsc.12198.
- 33 Verhofstadt M, Marijnissen R, Creemers D, et al. Exploring the interplay of clinical, ethical and societal dynamics: two decades of Medical Assistance in Dying (MAID) on psychiatric grounds in the Netherlands and Belgium. *Front Psychiatry*. 2024;15. doi:10.3389/fpsyt.2024.1463813.
- 34 Sanou H. Mental health professionals file mass claim over waiting lists - DutchNews.nl. <https://www.dutchnews.nl/2024/05/mental-health-professionals-file-mass-claim-over-waiting-lists/>. Updated May 30, 2024. Accessed July 1, 2024.
- 35 Zorgvuldig en zorgzaam - Expertisecentrum Euthanasie. <https://expertisecentrum euthanasie.nl/>. Updated July 18, 2024. Accessed July 22, 2024.
- 36 Stichting KEA - Euthanasie bij psychische aandoeningen. <https://stichtingkea.nl/>. Updated September 10, 2023. Accessed July 14, 2024.
- 37 Expertisecentrum Euthanasie. U zoekt hulp - Expertisecentrum Euthanasie. <https://expertisecentrum euthanasie.nl/u-zoekt-hulp/>. Updated March 5, 2024. Accessed July 22, 2024.
- 38 Levenseindekliniek | 113 Zelfmoordpreventie. <https://www.113.nl/i/levenseindekliniek>. Updated July 24, 2024. Accessed July 25, 2024.
- 39 Over ons | 113 Zelfmoordpreventie. <https://www.113.nl/over-113/over-ons>. Updated July 26, 2024. Accessed July 27, 2024.
- 40 Rotterdam Zero Suicide Declaration | 113 Zelfmoordpreventie. <https://www.113.nl/actueel/rotterdam-zero-suicide-declaration>. Updated July 26, 2024. Accessed July 27, 2024.
- 41 Zero Suicide. Rotterdam 2018 | Zero Suicide. <https://www.zerosuicide.org/rotterdam-2018>. Updated July 27, 2024. Accessed July 27, 2024.
- 42 ThaNet - Een breder gesprek over de dood en de psychiatrie. <https://thanet.nl/>.
- 43 ThaNet mission statement. <https://thanet.nl/over/missie/>.
- 44 Vaarwerk L. Radboud Marijnissen over zijn ervaring met second opinions bij euthanasieverzoeken. <https://thanet.nl/ervaringen/radboud-marijnissen-over-zijn-ervaring-met-second-opinions-bij-euthanasieverzoeken/>. Accessed July 27, 2025.

- 45 Over ThaNet. <https://thanet.nl/over/>.
- 46 Kim SYH, Vries RG de, Peteet JR. Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(4):362-368. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2887.
- 47 Verhofstadt M, Thienpont L, Peters G-JY. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2017;211(4):238-245. doi:10.1192/bjp.bp.117.199331.
- 48 van Veen SMP. *The art of letting go: A study on irremediable psychiatric suffering in the context of physician assisted death*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal]: Vrije Universiteit Amsterdam; 2022.
- 49 Vanmechelen K. Kit Vanmechelen over euthanasie op psychische gronden. *NTVG*. Updated December 27, 2023. https://www.ntvg.nl/artikelen/kit-vanmechelen-over-euthanasie-op-psychische-gronden?check_logged_in=1. Accessed July 18, 2024.
- 50 Bosma F, Mink KR, van Delden JJM, van der Heide A, van de Vathorst S, van Thiel GJMW. The Dutch practice of euthanasia and assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a qualitative case review study. *Front Psychiatry*. 2024;15:1452835. doi:10.3389/fpsy.2024.1452835.
- 51 Oosterhoff M. Psychiaters, zie de rauwe werkelijkheid onder ogen. *NRC*. Updated March 21, 2024. <https://www.nrc.nl/nieuws/2024/03/21/psychiaters-zie-de-rauwe-werkelijkheid-onder-ogen-a4193778>. Accessed July 18, 2024.
- 52 Goffau M de. Vlak voor zijn zelfgekozen dood spreekt David nog één keer over zijn psychisch lijden, bij Khalid & Sophie. *Metro*. Updated May 10, 2023. <https://www.metronieuws.nl/televisie/2023/10/euthanasie-david-mulder-khalid-sophie-menno-oosterhoff/>. Accessed July 18, 2024.
- 53 Kammeraat M, van Rooijen G, Kuijper L, Kiverstein JD, Denys DAJP. Patients requesting and receiving euthanasia for psychiatric disorders in the Netherlands. *BMJ Ment Health*. 2023;26(1). doi:10.1136/bmjment-2023-300729.
- 54 In liefde laten gaan – Stichting voor ouders van een kind dat binnenkort euthanasie krijgt of al heeft gekregen op basis van een psychische aandoening. <https://www.inliefdelatengaan.nl/>. Updated July 14, 2024. Accessed July 14, 2024.
- 55 Doelstellingen – In liefde laten gaan. <https://www.inliefdelatengaan.nl/doelstellingen/>. Updated July 17, 2024. Accessed July 17, 2024.
- 56 Onze verhalen – In liefde laten gaan. <https://www.inliefdelatengaan.nl/onze-verhalen/>. Updated July 17, 2024. Accessed July 17, 2024.
- 57 Hensbergen E. Ellens dochter Esther koos na psychisch lijden voor euthanasie: 'Niet iedereen wordt beter'. *LINDA*. Updated September 24, 2023. <https://www.linda.nl/persoonlijk/opvoeden/ellen-dochter-esther-euthanasie-psychisch-lijden/>. Accessed July 15, 2024.
- 58 Buchanan A. 'My 33-year-old anorexic daughter died by euthanasia – my husband and I stood by her'. *The Telegraph*. Updated April 7, 2024. <https://www.telegraph.co.uk/family/life/euthanasia-anorexia-husband-didnt-agree-netherlands/>. Accessed July 10, 2024.
- 59 Hoorn I. 'Maartje (23) is zwak, maar scherp als het over haar uitvaart gaat: de dag van haar overlijden noemt ze haar bevrijdingsdag'. *LINDA*. Updated May 14, 2024. <https://www.linda.nl/persoonlijk/iede-hoorn-uitvaartverhalen-maartje/>. Accessed July 26, 2025.
- 60 In Memoriam – In liefde laten gaan. <https://www.inliefdelatengaan.nl/in-memoriam/>. Updated July 17, 2024. Accessed July 17, 2024.
- 61 Wie zijn wij? – In liefde laten gaan. <https://www.inliefdelatengaan.nl/wie-zijn-wij/>. Updated July 18, 2024. Accessed July 18, 2024.
- 62 Bos K. 'We relativieren allebei de maakbaarheid van het bestaan'. *NRC*. Updated June 9, 2023. <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/09/06/we-relativeren-allebei-de-maakbaarheid-van-het-bestaan-a4173713>. Accessed July 18, 2024.
- 63 Blakemore S-J, Choudhury S. Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(3-4):296-312. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01611.x.
- 64 Roberts BW, Walton KE, Viechtbauer W. Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2006;132(1):1-25. doi:10.1037/0033-2909.132.1.1.
- 65 Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. Personality development: stability and change. *Annu Rev Psychol*. 2005;56:453-484. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141913.
- 66 Lewsey F. Scientists identify five ages of the human brain over a lifetime. <https://www.cam.ac.uk/stories/five-ages-human-brain>. Accessed January 31, 2026.
- 67 Mousley A, Bethlehem RAI, Yeh F-C, Astle DE. Topological turning points across the human lifespan. *Nat Commun*. 2025;16(1):10055. doi:10.1038/s41467-025-65974-8.

- 68 Mehlum L, Schmahl C, Berens A, et al. Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: a review of current practice and challenges. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2020;7:15. doi:10.1186/s40479-020-00131-9.
- 69 Nicolini ME, Peteet JR, Donovan GK, Kim SYH. Euthanasia and assisted suicide of persons with psychiatric disorders: the challenge of personality disorders. *Psychol Med.* 2020;50(4):575-582. doi:10.1017/S0033291719000333.
- 70 Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003;289(23):3095-3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095.
- 71 Verhofstadt M, van Assche K, Pardon K, Gleydura M, Titeca K, Chambaere K. Perspectives on the eligibility criteria for euthanasia for mental suffering caused by psychiatric disorder under the Belgian Euthanasia Law: A qualitative interview study among mental healthcare workers. *Int J Law Psychiatry.* 2024;93:101961. doi:10.1016/j.ijlp.2024.101961.
- 72 Bosma O. Interview huisarts Dirk Jan van Wijk - Onno Bosma. *Onno Bosma.* Updated April 14, 2024. <https://onnobosma.nl/interview-huisarts-dirk-jan-van-wijk/>. Accessed July 10, 2024.
- 73 Oosterhoff M. Geen spoor van twijfel. *Medisch Contact blogs&columns.* Updated February 28, 2020. <https://www.medischcontact.nl/ opinie/blogs-columns/blog/geen-spoor-van-twijfel->.
- 74 Subramanya R. 'I'm 28. And I'm Scheduled to Die in May.'. *The Free Press.* Updated January 4, 2024. <https://www.thefp.com/p/im-28-and-im-scheduled-to-die>. Accessed July 14, 2024.
- 75 Boudewijn Chabot. Verontrustende cultuuromslag rond de zelfgekozen dood. *NRC.* Updated June 16, 2017. <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/06/16/de-euthanasiegeest-is-uit-de-fles-11123806-a1563406>. Accessed July 6, 2024.
- 76 Oosterhoff M. Esther is over lijden. *Medisch Contact blogs&columns.* Updated December 27, 2021. <https://www.medischcontact.nl/ opinie/blogs-columns/blog/esther-is-over-lijden>. Accessed July 17, 2024.
- 77 Expertisecentrum Euthanasie. 'Ze is in liefde gekomen en in liefde gegaan.' - Expertisecentrum Euthanasie. <https://expertisecentrum euthanasie.nl/Interviews/ze-is-in-liefde-gekomen-en-in-liefde-gegaan/>. Updated December 9, 2022. Accessed July 15, 2024. During the investigation this report/interview was removed from the website of the Expertisecentrum Euthanasie, but the same text can be found, word by word, at <https://www.inliefdelatengaan.nl/onze-verhalen/ze-is-in-liefde-gekomen-en-in-liefde-gegaan/>.
- 78 Bosma O. Zoraya en de SCEN-arts - Onno Bosma. *Onno Bosma.* Updated April 15, 2024. <https://onnobosma.nl/zoraya-en-de-scen-arts/>. Accessed July 22, 2024.
- 79 Ik wil graag een buddy | Stichting KEA. <https://stichtingkea.nl/ik-wil-graag-een-buddy/>. Updated February 14, 2024. Accessed July 22, 2024.
- 80 Artikel 294 Wetboek van Strafrecht. <https://maxius.nl/wetboek-van-strafrecht/artikel294/>.
- 81 Bosma O. Interview Mandy - Onno Bosma. *Onno Bosma.* Updated November 30, 2023. <https://onnobosma.nl/interview-mandy/>. Accessed July 14, 2024.
- 82 Israël L, Lévy É. *Les dangers de l'euthanasie: Entretiens avec Élisabeth Lévy.* Paris: Éd. des Syrtes; 2002.
- 83 Pothoven N. Blog van Noa Pothoven, 17 jaar. <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/residentiele-jeugdzorg/nieuws/blog-noa-020419.pdf>. Accessed July 22, 2025.
- 84 Faber K. *Letting You Go - Ik laat je gaan.* Netherlands: IDFA 2014; 2014. <https://www.idfa.nl/en/film/00f013eb-0bd3-45c4-af46-1ef9fbb29d1a/letting-you-go/>.
- 85 'Ik leef op de gedachte dat dit haar grootste wens was.'. <https://expertisecentrum euthanasie.nl/Interviews/er-is-kracht-nodig-om-voor-euthanasie-te-kiezen/>. Updated March 15, 2021. During the investigation this report/interview was removed from the website of the Expertisecentrum Euthanasie, but the same text can be found, word by word, at <https://vriendenvanee.nl/Interviews/er-is-kracht-nodig-om-voor-euthanasie-te-kiezen/>.
- 86 Thomasy H. Eight ways scientists are unwrapping the mysteries of the human brain. *MIT Technology Review.* Updated August 25, 2021. <https://www.technologyreview.com/2021/08/25/1031458/scientific-mysteries-human-brain/>. Accessed June 29, 2024.
- 87 Doelling KB, Assaneo MF. Neural oscillations are a start toward understanding brain activity rather than the end. *PLOS Biology.* 2021;19(5):e3001234. doi:10.1371/journal.pbio.3001234.
- 88 Insel TR. Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline. *J Clin Invest.* 2009;119(4):700-705. doi:10.1172/JCI38832.
- 89 Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry.* 1998;155(4):457-469. doi:10.1176/ajp.155.4.457.

- 90 Zachar P, Kendler KS. Psychiatric disorders: a conceptual taxonomy. *Am J Psychiatry*. 2007;164(4):557-565. doi:10.1176/ajp.2007.164.4.557.
- 91 Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:155-179. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532.
- 92 Whooley O. *On the heels of ignorance: Psychiatry and the politics of not knowing*. Chicago: The University of Chicago Press; 2019.
- 93 Read J. Doctoring the Mind: Why psychiatric treatments fail. *Journal of Mental Health*. 2010;19(2):223-224. doi:10.3109/09638230903469285.
- 94 Phillips J, Frances A, Cerullo MA, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue. Part 4: general conclusion. *Philos Ethics Humanit Med*. 2012;7:14. doi:10.1186/1747-5341-7-14.
- 95 Thienpont L, Verhofstadt M, van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, Deyn PP de. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*. 2015;5(7):e007454. doi:10.1136/bmjopen-2014-007454.
- 96 Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):203. doi:10.1186/s12888-017-1369-0.
- 97 Verhofstadt M, van Assche K, Sterckx S, Audenaert K, Chambaere K. Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making. *Int J Law Psychiatry*. 2019;64:150-161. doi:10.1016/j.ijlp.2019.04.004.
- 98 Snijdewind MC, Keijser J de, Casteelen G, Boelen PA, Smid GE. "I lost so much more than my partner" - Bereaved partners' grief experiences following suicide or physician-assisted dying in case of a mental disorder. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):454. doi:10.1186/s12888-022-04098-5.
- 99 Marks S, Rosielle D. FF #210 Suicide Attempts in The Terminally Ill: Palliative Care Network of Wisconsin. <https://www.mypcnow.org/fast-fact/suicide-attempts-in-the-terminally-ill/>. Updated November 11, 2024. Accessed June 16, 2025.
- 100 Hartogh G. Stervenshulp holt zorgvuldigheidseisen uit. *Medisch Contact*. 2017;02(07):34-36. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/stervenshulp-holt-zorgvuldigheidseisen-uit>.
- 101 Nicolini ME, Kim SYH, Churchill ME, Gastmans C. Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons. *Psychol Med*. 2020;50(8):1241-1256. doi:10.1017/S0033291720001543.
- 102 Tanner R. An Ethical-Legal Analysis of Medical Assistance in Dying for Those with Mental Illness. *ALR*. 2018:149. doi:10.29173/alr2500.
- 103 Parker M. Defending the indefensible? Psychiatry, assisted suicide and human freedom. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(5):485-497. doi:10.1016/j.ijlp.2013.06.007.
- 104 Hartogh G den. Why extra caution is needed in the case of depressed patients. *J Med Ethics*. 2015;41(8):588-589. doi:10.1136/medethics-2015-102814.
- 105 Schuklenk U, van de Vathorst S. Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying. *J Med Ethics*. 2015;41(8):577-583. doi:10.1136/medethics-2014-102458.
- 106 Dembo J, Schuklenk U, Reggler J. "For Their Own Good": A Response to Popular Arguments Against Permitting Medical Assistance in Dying (MAID) where Mental Illness Is the Sole Underlying Condition. *Can J Psychiatry*. 2018;63(7):451-456. doi:10.1177/0706743718766055.
- 107 Teo MTL. Why the irremediability requirement is not sufficient to deny psychiatric euthanasia for patients with treatment-resistant depression. *J Med Ethics*. 2024;50(11):753-757. doi:10.1136/jme-2023-109644.
- 108 Sagan A. Equal in the presence of death? *J Med Ethics*. 2015;41(8):584. doi:10.1136/medethics-2015-102810.
- 109 Player CT. Death with Dignity and Mental Disorder. *Arizona Law Review*. 2018;60:115-161. <https://arizonalawreview.org/death-with-dignity-and-mental-disorder/>. Accessed July 14, 2024.
- 110 Steinbock B. Physician-Assisted Death and Severe, Treatment-Resistant Depression. *Hastings Cent Rep*. 2017;47(5):30-42. <http://www.jstor.org/stable/26628311>.
- 111 Rooney W, Schuklenk U, van de Vathorst S. Are Concerns About Irremediableness, Vulnerability, or Competence Sufficient to Justify Excluding All Psychiatric Patients from Medical Aid in Dying? *Health Care Anal*. 2018;26(4):326-343. doi:10.1007/s10728-017-0344-8.
- 112 Death on demand: has euthanasia gone too far? *The Guardian*. Updated January 18, 2019. <https://www.theguardian.com/news/2019/jan/18/death-on-demand-has-euthanasia-gone-too-far-netherlands-assisted-dying>. Accessed September 13, 2024.

- 113** Pressly L. The troubled 29-year-old helped to die by Dutch doctors. *BBC News*. Updated August 9, 2018. <https://www.bbc.com/news/stories-45117163>. Accessed July 18, 2024.
- 114** Frances A, Fyer M, Clarkin J. Personality and suicide. *Ann N Y Acad Sci*. 1986;487:281-293. doi:10.1111/j.1749-6632.1986.tb27907.x.
- 115** Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(4):319-328. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4287.
- 116** Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(8):CD005652. doi:10.1002/14651858.CD005652.pub2.
- 117** Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD012955. doi:10.1002/14651858.CD012955.pub2.
- 118** Simonsen S, Bateman A, Bohus M, et al. European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2019;6:9. doi:10.1186/s40479-019-0106-3.
- 119** Bolt EE, Snijdewind MC, Willems DL, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? *J Med Ethics*. 2015;41(8):592-598. doi:10.1136/medethics-2014-102150.
- 120** Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol*. 1999;77(6):1121-1134. doi:10.1037/0022-3514.77.6.1121.
- 121** Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. www.euthanasiecommissie.nl. Accessed July 22, 2024.
- 122** ResearchGate. Menno OOSTERHOFF | lentis | Research profile. <https://www.researchgate.net/profile/Menno-Oosterhoff>. Updated June 28, 2018. Accessed July 16, 2024.
- 123** ResearchGate. Lars MEHLUM | Professor, Head of Department | MD PhD | University of Oslo, Oslo | National Centre for Suicide Research and Prevention (NSSF) | Research profile. <https://www.researchgate.net/profile/Lars-Mehlum>. Updated July 10, 2024. Accessed July 16, 2024.
- 124** Ellin A. Should anorexia ever be called 'terminal'? *The Washington Post*. Updated November 1, 2023. <https://www.washingtonpost.com/style/of-interest/2023/11/01/anorexia-suicide-controversy-jennifer-gaudiani/>. Accessed July 14, 2024.
- 125** Verhofstadt M. *Euthanasia in the Context of Adult Psychiatry: Walking the Tightrope Between Life and Death*: Vrije Universiteit Brussel; 2022.
- 126** Haan B. Damiaan Denys: 'De wens om niet te willen leven mag je niet gelijkstellen aan de wens om dood te zijn'. *NRC*. Updated July 19, 2024. <https://www.nrc.nl/nieuws/2024/07/19/de-wens-om-niet-te-willen-leven-mag-je-niet-gelijkstellen-aan-de-wens-om-dood-te-zijn-a4860058>. Accessed July 22, 2024.
- 127** Vermani M, Marcus M, Katzman MA. Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(2). doi:10.4088/PCC.10m01013.
- 128** Hirschfeld RMA, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(2):161-174.
- 129** Kentrou V, Livingston LA, Grove R, Hoekstra RA, Begeer S. Perceived misdiagnosis of psychiatric conditions in autistic adults. *EclinicalMedicine*. 2024;71:102586. doi:10.1016/j.eclinm.2024.102586.
- 130** Rothschild AJ, Winer J, Flint AJ, et al. Missed diagnosis of psychotic depression at 4 academic medical centers. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(8):1293-1296. doi:10.4088/jcp.v69n0813.
- 131** Ayano G, Demelash S, yohannes Z, et al. Misdiagnosis, detection rate, and associated factors of severe psychiatric disorders in specialized psychiatry centers in Ethiopia. *Annals of General Psychiatry*. 2021;20(1):10. doi:10.1186/s12991-021-00333-7.
- 132** Schmahl O, Oude Voshaar R, van de Poel-Mustafayeva A, Marijnissen R. Request for euthanasia by a psychiatric patient with undetected intellectual disability. *BMJ Case Rep*. 2021;14(8). doi:10.1136/bcr-2020-239862.
- 133** New York Post. 22-year-old reveals the question that saved her life just moments before assisted suicide. <https://nypost.com/2024/11/14/lifestyle/22-year-old-backs-out-of-euthanasia-at-the-last-second/>. Updated November 14, 2024. Accessed July 24, 2025.
- 134** How a young Dutch woman's life began when she was allowed to die. *The Guardian*. Updated December 17, 2024. <https://www.theguardian.com/society/ng-interactive/2024/dec/17/euthanasia-assisted-dying-netherlands-stephanie-bakker>. Accessed July 24, 2025.

- 135** Klemann, Désirée M T V, Mertens, Helen J M M, van Merode GG. Health care claims per medical specialty in the Netherlands: a 10-year overview. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2019;163.
- 136** Taylor M. 22 specialties with the highest malpractice frequency. *Becker's Hospital Review.* Updated October 27, 2023. <https://www.beckershospitalreview.com/hospital-physician-relationships/22-specialties-with-the-highest-malpractice-frequency.html>. Accessed July 16, 2024.
- 137** Hendin H. Assisted suicide, euthanasia, and suicide prevention: the implications of the Dutch experience. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25(1):193-204.
- 138** Kreulen E. 'Euthanasie bij wilsonbekwame dementiepatiënten is niet te verdedigen'. *Trouw.* Updated January 13, 2018. <https://www.trouw.nl/nieuws/euthanasie-bij-wilsonbekwame-dementiepatiënten-is-niet-te-verdedigen~b70bdd45/>. Accessed September 13, 2024.
- 139** Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Jaarverslagen 2014. <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2014/nl/nl/jaarverslag-2014>. Updated July 22, 2024. Accessed July 22, 2024.
- 140** Sanou H. More people opt for euthanasia because of mental suffering - DutchNews.nl. *Dutch News.* Updated April 4, 2024. <https://www.dutchnews.nl/2024/04/more-people-opt-for-euthanasia-because-of-mental-suffering/>. Accessed July 22, 2024.
- 141** Redactie S. Hockeyclub Rotterdam rouwt om overlijden 'kind van de club' Fleur (35): 'Ontzettend verdrietig'. *OPEN Rotterdam.* Updated February 22, 2024. <https://openrotterdam.nl/hockeyclub-rotterdam-rouwt-om-overlijden-kind-van-de-club-fleur-35-ontzettend-verdrietig/>. Accessed September 13, 2024.
- 142** Euthanasia for depression: the 'Shanti case' cancels hope. <https://newdailycompass.com/en/euthanasia-for-depression-the-shanti-case-cancels-hope>. Updated September 11, 2024. Accessed September 11, 2024.
- 143** Wilde B de. Eindelijk erkenning voor Shanti (23), die euthanasie pleegde nadat ze getuige was van aanslagen Zaventem. *LINDA.* Updated July 26, 2023. <https://www.linda.nl/nieuws/buitenland/shanti-23-pleegt-euthanasie-na-aanslagen-op-brussel-airport/>. Accessed September 11, 2024.
- 144** Hert M de, Loos S, Sterckx S, Thys E, van Assche K. Improving control over euthanasia of persons with psychiatric illness: Lessons from the first Belgian criminal court case concerning euthanasia. *Front Psychiatry.* 2022;13:933748. doi:10.3389/fpsyt.2022.933748.

Website: www.psychiatrischeeuthanasie.nl

Correspondentie: contact@psychiatrischeeuthanasie.nl

© 2026 Peter Kronenberg.

Dit werk is gelicentieerd onder de Creative Commons Naamsvermelding 4.0 Internationale Licentie (CC BY 4.0).