



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

A dialogue on death

On mental illness and physician-assisted dying

Pronk, R.

Publication date

2021

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Pronk, R. (2021). *A dialogue on death: On mental illness and physician-assisted dying*.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Summary

Summary

Chapter 1 provides an introduction to the main theme of this thesis, namely physician-assisted death (PAD) for patients suffering from mental illness. In the Netherlands, PAD is not only regulated for patients suffering from somatic illness; patients suffering from severe and refractory mental illness may also request PAD. However, this is a controversial issue, and many raised concerns against the practice. Although physicians have become more reluctant towards PAD in case of mental illness, the number of patients that request PAD has risen during the years. So far, studies regarding PAD for mentally ill patients were predominantly medical-ethical or quantitative in nature and in-depth qualitative studies into the views and considerations of all stakeholders were lacking. We therefore decided to study the views and considerations of physicians (psychiatrists and general practitioners), patients suffering from mental illness who wish for PAD, and their relatives. The main questions that this thesis aims to answer are:

1. What are the views and considerations of the physicians mostly involved in requests for assistance in dying from a person suffering from mental illness (psychiatrists and general practitioners)?
2. What are the experiences, views and considerations of persons suffering from mental illness with regard to their own wish for assisted dying?
3. What are the experiences, views and considerations of the relatives of persons suffering from a mental illness that have (or have had) a request for assistance in dying?

Chapter 2 explores the views and considerations of psychiatrists with regard to PAD for patients suffering from mental illness. It answers the question what reasons psychiatrists give to be in favour or against the practice. We held in-depth interviews with 17 Dutch psychiatrists. Irrespective of their own views, psychiatrists consider both reasons for and against PAD for mentally ill patients. These reasons are of a moral (justice and equality, professional responsibility and compassion), epistemological (how can one determine the suffering is without prospect of improvement), practical, and contextual (mental healthcare provisions) nature. The variety in views seems to be related to a difference in the view on the nature of mental illness. Some psychiatrists stress the difference, whereas others point out the similarities between somatic and mental illness. We argue that these opposing views could be bridged by a more pragmatic view, such as a two-track approach.

Chapter 3 discusses the experiences and views of general practitioners (GP) regarding PAD for mentally ill patients. Can GPs conceive ever performing PAD in case the patient suffers from a mental illness only? What reasons are to support or not support PAD for mentally ill patients? The data for this study were obtained through a survey amongst 500 randomly selected GPs, and by 20 in-depth interviews with Dutch GPs. We show that Dutch GPs are less likely to consider a request for PAD from a patient suffering from mental illness, compared to patients suffering from a somatic illness. Reasons for supporting PAD for patients suffering from mental illness had to do with responsibility, compassion, fairness and preventing suicide. Reasons for not supporting PAD for patients suffering from mental illness related to the scope of medicine, a perceived lack of experience, uncertainties regarding the criteria of due care, and life-expectancy. We argue that by applying a criterion such as life-expectancy for patients with mental illness, the possibility of recovery stays open at the expense of prolonging the suffering and adding to the unbearableness of it.

Chapter 4 provides insight into the relation between suicide and PAD. Do physicians differentiate between suicidality and a request for PAD? We held interviews with 17 psychiatrists and 20 GPs in order to answer this research question. We conclude that the physicians distinguish between three types of death wishes: impulsive suicidality, chronic suicidality and rational death wishes. To discern between the categories, they evaluate whether the death wish is seen as part of the psychopathology, whether the death wish is consistent over time and whether they consider the death wish treatable. Some considered PAD an alternative to a rational death wish, because this was perceived as a more humane manner of dying for the patient and their relatives. However, we argue that PAD can also be justified in some cases where the death wish is part of the psychopathology, as the patient's suffering can also be unbearable and without prospect of improvement. PAD may be the only option to relieve the suffering.

Chapter 5 offers insight into the experiences and perspectives of patients suffering from mental illness on PAD. This study answers the question what the option of PAD means to them. We interviewed 21 patients who have a wish for PAD because they suffered from a mental illness. We identified four themes in relation to the meaning of PAD for these patients. The themes are: a) autonomy and self-determination, b) ending the suffering, c) recognition, d) a dignified end-of-life. The option of PAD for patients suffering from mental illnesses was considered of great importance to the patients who have a wish to die. We highlight the importance of 'recognition' of the situation of the patient, as this could lead to new perspectives and could possibly prevent suicide. We argue that the mental healthcare system in the Netherlands needs to reflect on providing this recognition in earlier phases of treatment, because this could prevent patients from considering PAD.

Chapter 6 addresses the experiences of relatives of patients suffering from mental illness who have a wish for PAD. We were interested in their experiences before, during and after a PAD trajectory. In order to provide us with insight, we interviewed with 12 relatives of patients who have or have had a PAD request because of suffering from a mental illness. The results show that relatives are ambivalent with regard to the PAD request of the patient. Their ambivalence is characterised by their understanding of the wish to die, while also hoping that the patient would make another choice. Their experiences with regard to the trajectory varied from positive ('intimate') to negative ('extremely hard'). Some wished to be more involved, as they believe the road towards PAD should be a joint trajectory. Some felt left out by the physician who handles the request. Professional support was wanted by some, but not by all, and we suggest that peer-groups could offer a possible solution.

Chapter 7 offers a reflection on the main research findings, methodological considerations and implications for practice and further research. In this chapter I discuss the results from the studies amongst physicians, patients and their relatives, in connection to existing literature. I then discuss the ethical justification of PAD in case of mental illness. The methodological considerations focus primarily on the limitations of the research methods (survey study and interview studies), I furthermore discuss personal experience with suffering from mental illness. After the discussion of the main findings and methodological considerations, I turn to three implications for practice, i.e.: a) physicians should be trained to evaluate PAD requests from patients suffering from mental illness, b) physicians should actively engage in a conversation with the patient about their possible death wish, and c) mental healthcare in the Netherlands should focus more on a recovery oriented framework and palliative psychiatry instead of working from a curative framework for patients with severe refractory mental illness.

Samenvatting

Samenvatting

Hoofdstuk 1 biedt een introductie tot het thema van dit proefschrift; euthanasie en hulp bij zelfdoding voor mensen die lijden aan een psychische aandoening. In Nederland is hulp bij zelfdoding niet alleen mogelijk wanneer een patiënt lijdt aan een somatische aandoening; ook mensen die lijden aan ernstige psychische aandoeningen komen in aanmerking hiervoor. Dit is echter zeer controversieel, en velen uiten hun zorgen hierover. Hoewel artsen steeds terughoudender worden ten aanzien van hulp bij zelfdoding voor mensen met een psychische aandoening, is er de afgelopen jaren een flinke stijging te zien van het aantal mensen dat om deze reden een verzoek doet. Onderzoeken over dit onderwerp waren tot nu toe voornamelijk ofwel niet-empirisch medisch-ethisch ofwel kwantitatief van aard. Kwalitatieve studies naar de opvattingen en overwegingen van alle betrokkenen misten nog, en daarom hebben wij besloten de opvattingen en overwegingen van artsen, patiënten en naasten te bestuderen.

De vragen die ik poog te beantwoorden in dit proefschrift zijn:

- 1. Wat zijn de opvattingen en overwegingen van de artsen die het vaakst betrokken zijn bij verzoeken om hulp bij zelfdoding in het geval van lijden aan een psychische aandoening (psychiaters en huisartsen)?*
- 2. Wat zijn de ervaringen, opvattingen en overwegingen van mensen die lijden aan een psychische aandoening ten aanzien van hun eigen verzoek om hulp bij zelfdoding?*
- 3. Wat zijn de ervaringen, opvattingen en overwegingen van de naasten van mensen met een verzoek om hulp bij zelfdoding vanwege lijden aan een psychische aandoening?*

Hoofdstuk 2 onderzoekt de opvattingen en overwegingen van psychiaters ten aanzien van hulp bij zelfdoding in het geval van lijden aan een psychische aandoening. Het hoofdstuk beantwoordt de vraag wat redenen zijn voor psychiaters om voor of tegen hulp bij zelfdoding in het geval een patiënt lijdt aan een psychische aandoening te zijn.

Om deze vraag te beantwoorden hebben we diepte-interviews gehouden met 17 Nederlandse psychiaters. We laten zien dat psychiaters zowel redenen voor als tegen hulp bij zelfdoding in het geval van lijden aan psychische aandoeningen noemen. Deze redenen die genoemd werden zijn moreel (rechtvaardigheid en gelijkwaardigheid, professionele verantwoordelijkheid en barmhartigheid), epistemologisch (hoe kan je bepalen of het lijden uitzichtloos is), praktisch en contextueel (geestelijke gezondheidszorg voorzieningen) van aard. Een verschil in opvattingen lijkt gerelateerd aan een verschil in visie op wat psychische aandoeningen zijn. Sommige psychiaters benadrukken het verschil, terwijl anderen de overeenkomsten tussen somatische en psychische aandoeningen benoemen. We beargumenteren dat deze tegenovergestelde visies overbrugd kunnen worden door een meer pragmatische benadering, zoals een twee-sporen beleid.

Hoofdstuk 3 gaat over de ervaringen en opvattingen van huisartsen ten aanzien van hulp bij zelfdoding in het geval van lijden aan een psychische aandoening. Kunnen huisartsen zich voorstellen dat zij ooit hulp bij zelfdoding uitvoeren in het geval dat de patiënt lijdt aan een psychische aandoening, en welke redenen hebben zij om wel of niet achter de praktijk van hulp bij zelfdoding te staan in het geval van lijden aan een psychische aandoening? De data voor deze studie zijn verkregen door middel van een vragenlijstonderzoek onder 500 huisartsen, en door middel van diepte-interviews met 20 Nederlandse huisartsen. Nederlandse huisartsen zijn minder geneigd een verzoek om hulp bij zelfdoding te overwegen wanneer dit gedaan wordt door een patiënt die lijdt aan een psychische aandoening, vergeleken met patiënten die lijden aan somatische aandoeningen. Redenen om open te staan voor

verzoeken om hulp bij zelfdoding hebben te maken met opvattingen over de reikwijdte van de geneeskunde, met een ervaren gebrek aan ervaring, onzekerheden gerelateerd aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria, en levensverwachting van de patiënt. Wij beargumenteren dat doordat huisartsen een extra criterium, zoals leeftijdsverwachting, hanteren, zij wellicht de optie openhouden dat de patiënt geneest, maar dat dit er juist ook voor kan zorgen dat het lijden verlengd wordt en er bijgedragen wordt aan de ondraaglijkheid hiervan.

Hoofdstuk 4 geeft inzicht in de relatie tussen suïcide en hulp bij zelfdoding. We beantwoorden de vraag of, en hoe, artsen onderscheid maken tussen suïcidaliteit en een verzoek om hulp bij zelfdoding. We hebben interviews gedaan met 17 psychiaters en 20 huisartsen om deze onderzoeksvraag te beantwoorden. We concluderen dat de artsen onderscheid maken tussen drie soorten doodswensen: impulsieve suïcidaliteit, chronische suïcidaliteit en een rationele doodswens (balans-suïcide). Zij onderscheiden deze doodswensen door te evalueren of de doodswens een onderdeel is van de psychopathologie, of de doodswens consistent is over de tijd heen, en of ze de doodswens behandelbaar achten. Sommige artsen beschouwen hulp bij zelfdoding als een alternatief voor een rationele doodswens, omdat zij dit een meer humane manier van sterven vinden voor de patiënt en zijn/haar naasten. Wij beargumenteren dat hulp bij zelfdoding ook gerechtvaardigd kan zijn in sommige gevallen waarin de doodswens een onderdeel van de psychopathologie is, omdat in deze gevallen het lijden ook ondraaglijk en uitzichtloos kan zijn. Hulp bij zelfdoding kan dan de enige manier zijn om het lijden op te heffen.

Hoofdstuk 5 biedt inzicht in de ervaringen en perspectieven van patiënten die lijden aan een psychische aandoening betreft hulp bij zelfdoding. Deze studie beantwoordt de vraag wat de optie van hulp bij zelfdoding voor betekenis heeft voor deze patiënten. Om deze vraag te beantwoorden hielden wij interviews met 21 patiënten die een wens

tot hulp bij zelfdoding hebben omdat zij lijden aan een psychische aandoening. Wij identificeerden vier thema's in relatie tot de betekenis van de mogelijkheid tot hulp bij zelfdoding voor patiënten die lijden aan een psychische aandoening. Deze thema's waren: a) autonomie en zelfbeschikking, b) het lijden beëindigen, c) erkenning, en d) een humaan levenseinde.

De mogelijkheid van hulp bij zelfdoding in het geval van lijden aan een psychische aandoening werd erg belangrijk gevonden door en voor patiënten die een doodswens hebben. Wij benadrukken het belang van erkenning voor de situatie van de patiënt, omdat dit tot nieuwe perspectieven kan leiden en mogelijk suïcide kan voorkomen. Wij beargumenteren dat de geestelijke gezondheidszorg in Nederland zou moeten nadenken over hoe deze erkenning in eerdere fases van behandeling gegeven kan worden, omdat dit kan voorkomen dat patiënten hulp bij zelfdoding gaan overwegen.

Hoofdstuk 6 gaat over de ervaringen van naasten van patiënten die een verzoek om hulp bij zelfdoding hebben vanwege het lijden aan een psychische aandoening. Wij waren geïnteresseerd in hun ervaringen van voor, tijdens en na het traject rondom hulp bij zelfdoding. Om inzicht te verschaffen in hun ervaringen, hebben wij interviews gehouden met 12 naasten van patiënten die een verzoek om hulp bij zelfdoding hebben of hadden. De resultaten laten zien dat de naasten voornamelijk ambivalent staan tegenover het verzoek om hulp bij zelfdoding van de patiënt. Hun ambivalentie wordt gekarakteriseerd door het enerzijds kunnen begrijpen dat de patiënt wil sterven, maar anderzijds hopen dat de patiënt een andere keuze maakt. Hun ervaring met betrekking tot het traject varieerde van positief ('intiem') tot negatief ('extreem zwaar'). Sommigen wensten meer betrokken te zijn, omdat zij van mening waren dat de weg naar hulp bij zelfdoding een gezamenlijk traject dient te zijn. Sommigen voelden zich niet betrokken door de arts die het verzoek behandelde. Professionele steun werd door sommigen gewenst, maar niet door allen.

Wij suggereren dat lotgenotengroepen een mogelijke oplossing zouden kunnen bieden.

Hoofdstuk 7 biedt een reflectie op de onderzoeksresultaten, methodologische overwegingen en implicaties voor de praktijk en nieuw onderzoek. In dit hoofdstuk behandel ik de resultaten van de onderzoeken onder artsen, patiënten en hun naasten, en verbind ik deze aan de bestaande literatuur. Ook ga ik in op de morele rechtvaardiging van hulp bij zelfdoding in het geval van lijden aan een psychische aandoening. De methodologische overwegingen gaan voornamelijk over de beperkingen van de gekozen onderzoeksmethoden (vragenlijstonderzoek en interviewstudies), en ik bespreek persoonlijke ervaringen met betrekking tot het lijden aan een psychische aandoening. Na het bespreken van de onderzoeksresultaten en de methodologische overwegingen, ga ik over naar de implicaties voor de praktijk, namelijk: a) artsen zouden opgeleid moeten worden om verzoeken om hulp bij zelfdoding te evalueren, b) artsen zouden actief het gesprek aan moeten gaan met hun patiënten over een eventuele doodswens, en c) geestelijke gezondheidszorg in Nederland zou zich, als het gaat om mensen met ernstige en refractaire psychische aandoeningen, meer moeten richten op herstelgerichte zorg en palliatieve psychiatrie, in plaats van het werken vanuit een curatief kader.

Dankwoord

Dankwoord

Velen hebben direct of indirect bijgedragen aan de totstandkoming van dit proefschrift. Het zal ongetwijfeld zo zijn dat ik mensen vergeet te noemen, en ik hoop dat jullie het mij zullen vergeven.

Het kan niet anders dan dat ik jullie, Dick en Suzanne, als eerste noem. Jullie waren vanaf moment één mijn begeleiders in de breedste zin van het woord; stonden mij bij gedurende het gehele traject vanaf de derde wetsevaluatie van de euthanasiewet, tot het afronden van dit proefschrift. Jullie waren er altijd met opbouwende feedback, waarna ik weer verder kon met onze stukken. Naast de begeleiding op professioneel gebied, waren jullie er ook als het even niet goed ging en de moed mij in de schoenen zakte, of als mijn motivatie ver te zoeken was. Jullie hebben mij de vrijheid gegeven om mijn promotietraject in te richten zoals ik dat graag wilde, en tegelijkertijd de sturing gegeven wanneer nodig.

Dick, allerbeste baas, wat ben ik blij dat ik je heb mogen treffen als promotor. Misschien weet je nog dat je mij aannam nadat ik in het sollicitatiegesprek een suffe denkfout maakte en vrolijk op basis van die denkfout iets beargumenteerde. Je zei dat het niet klopte wat ik dacht, waarna ik toegaf dan even niet meer te weten wat ik over het desbetreffende punt dacht. Diezelfde dag belde je me nog met de mededeling dat ik mee mocht meewerken aan de wetsevaluatie, en wat ben ik blij dat je me de kans hebt gegeven! Je bent belangrijk geweest doordat je altijd ervan overtuigd was (of leek te zijn) dat het goed met me zou komen, de grote lijnen in de gaten te houden en bij te sturen als dingen niet goed verliepen.

Je vertrouwen en geboden vrijheid hebben me goed gedaan.

Suzanne, wat heb ik veel aan je gehad! Altijd kritisch en opmerkzaam, vanuit de beste intenties om mij als onderzoeker verder te helpen en onze stukken beter te maken. Wat ben je daarnaast ook gewoon een fijn mens om mee te werken; ik heb het dan ook zo enorm gewaardeerd dat je me

bij je thuis uitnodigde om samen te werken en wat te eten als het even niet zo lekker liep. Daarnaast heb je mij ook nog een half jaar de tijd gegeven om nieuwe plannen te ontwikkelen en een nieuw voorstel te schrijven. Dank je wel voor het vertrouwen en de mogelijkheden! Wellicht werken we in de toekomst nog samen aan een nieuw project, ik kijk er naar uit!

Onmogelijk was dit proefschrift tot stand gekomen zonder de medewerking van alle respondenten.

Als eerste wil ik de patiënten noemen. De interviews waren regelmatig emotioneel en zwaar, wat maakt dat ik alleen maar meer waardering kan opbrengen voor het feit dat jullie dit hebben willen aangaan. Jullie verhalen hebben mij geraakt, en ik hoop ten diepste dat ik deze recht heb gedaan. De naasten, jullie boden mij inzicht in hoe zwaar het kan zijn om naast iemand met een doodswens te staan, terwijl jullie samen met diegene eigenlijk het leven willen leven. Het begrip waarmee jullie getracht hebben de situatie van jullie partner/familielid/vriend te benaderen was bewonderenswaardig. Grote dank voor de bereidheid jullie verhalen met mij te delen.

En dan waren daar de psychiaters en huisartsen, die mij een inkijkje gaven in de complexiteit waarmee zij geconfronteerd worden in het kader van een euthanasieverzoek van iemand met een psychische aandoening. Ik benijd jullie -die zulke moeilijke beslissingen moeten maken- niet. Ik heb gezien dat de situatie van de patiënt jullie raakt, soms zelfs tot tranen aan toe. Grote dank voor de medewerking aan het onderzoek, en voor het belangrijke werk dat jullie doen.

De NVVE, mijn grote dank gaat uit naar jullie voor het financieel mogelijk maken van dit onderzoek. Tevens hebben jullie mij de mogelijkheid geboden respondenten te werven via jullie kanalen, zonder dit was het nooit gelukt.

De leden van mijn promotiecommissie: prof. dr. J. van Os, prof. dr. J. Bont, prof. dr. J. Legemaate, prof. dr. L. de Haan, dr. E. Asscher, en tot

slot dr. K. Chambaere, hartelijk dank voor jullie tijd en bereidheid mijn proefschrift te beoordelen en tevens hierover met mij in gesprek te gaan tijdens de verdediging ervan.

De projectgroep rondom dit onderzoek: prof. dr. G. Glas, prof. dr. J. Swinkels, en dr. R. Pasman. We zijn slechts enkele keren bij elkaar gekomen om het project te bespreken, maar elke keer kwamen er weer nieuwe perspectieven en ideeën naar boven. Hartelijk dank voor de input. In het bijzonder wil ik graag prof. dr. G. Glas noemen, bij u kon ik onder andere terecht wat betreft de voorbereiding voor de interviews met patiënten. Hartelijk dank.

Paranimfen! Suus, Marianne, ik ben zo blij dat jullie mij willen bijstaan tijdens de barre tijd van de verdediging. Naast dat jullie er tijdens dit moment voor me zijn, zijn jullie dit ook zeker in de afgelopen jaren geweest. Suzer, ik weet niet hoe lang we elkaar nou al kennen, maar ik kan mijn leven niet echt meer zonder je denken! Ik voel me rustig en veilig bij je, en dat maakt je tevens een ideale paranimf. Festivals, biertjes op een terras, weekendjes weg, alles is leuk met je. Dank je wel dat je er al zo lang bent, nu ook weer, en ik hoop dat dit nog lang mag duren. Liefs! Marianne, prinses, zo langzamerhand zijn we meer bevriend geraakt dan dat we collega's zijn. Je (enigszins problematische) humor, je support, je visie op het onderzoeksonderwerp...het heeft allemaal gemaakt dat promoveren (en leven) makkelijker en vooral ook een stuk leuker werd. Ik hoop dat we nog vele malen tegen elkaar aan mogen klagen over het leed in de wereld en, in het specifiek, ons leven.

Mijn allerbeste collegae. Jullie aanwezigheid tijdens dit traject heeft het bijzonder aangenaam gemaakt. Het gaat te ver om jullie allen bij naam te noemen, maar graag noem ik toch een aantal in het bijzonder. Kasper, Xanthe en Marieke. Het ethiek clubje! We hebben ons georganiseerd, en vervolgens helemaal niks gedaan, behalve elkaar steunen in barre proefschrift-tijden (oke, en naar Artis, en biertjes drinken of uit eten).

Ik dacht dat ik iemand was die kon werken zonder mij bezig te houden met collega's, maar jullie hebben mij wel laten inzien dat dit niet het geval is. Wat ben ik blij dat jullie er waren en ik hoop dat we elkaar blijven treffen. Nog even een shout-out naar Marieke, hoe fijn was het om in Corona-tijden vaak samen toch een dag in de week op het AMC te werken. Altijd met wandelingetjes buiten, even koffie of gewoon hard aan het werk...dank je wel hiervoor, het maakte de vele maanden draaglijker. Mijn pre-Corona kamergenoten; Jelle, Ralf, Evert, Amalia en Lucinda. Ook al waren we met totaal verschillende zaken bezig, we konden elkaar altijd wel vinden voor een koffie of een klets-moment. Ik waardeer de gezelligheid die jullie meebrachten op het AMC, maar ook tijdens onze uitjes. @ Amalia: you are amazing! Thank you for the good times we have had and the amazing gifts you brought from Indonesia. I will miss you. Kirsten Evenblij, al even werken we niet meer samen, maar desondanks heb je in de beginjaren van mijn onderzoek een belangrijke bijdrage gehad. Als hulp met SPSS, of qua gezelligheid in bijvoorbeeld Canada. Het ga je goed!

Jolien Glaudemans, waar was je het laatste jaar? Ik heb je gemist. Gelukkig konden we elkaar voor dit jaar geregeld vinden voor een kletspraatje, koffie of een zeur-moment. Heerlijk! Natashe Lemos Dekker (Natte), dank voor de koffiemomenten en het kunnen bespreken van ons werk.

De leden van Filosofie van de Zorg (tegenwoordig Ethiek van de Zorg), hartelijk dank voor jullie input tijdens onze maandelijkse bijeenkomsten. De 'ethiek en psychiatrie club', ik ben pas rijkelijk laat bij jullie aangesloten, maar jullie hebben me zo warm welkom geheten! Dank voor de input en gezelligheid.

Nieke Sindram, je was mijn stagiaire, maar tegelijkertijd ook iemand waaraan ik mijn ideeën kon toetsen. Ook de biertjes werden zeer gewaardeerd, hopelijk ook voor in de toekomst.

Annelies van der Geest, dank je wel voor het draaiende houden van de afdeling...je bent onmisbaar! Sisco van Veen, dank voor het altijd bereid zijn om even mee te denken over ons gezamenlijke onderzoeksonderwerp. Iedereen van Reakiro, hartelijk dank dat jullie zo bereid waren mij zo enorm hartelijk te verwelkomen, jullie openheid en

interesse. Jullie hebben een prachtige organisatie!

Als laatste, maar zeker niet als minste, Monica Verhofstadt. Mijn favoriete Belg. Onze ellenlange mails met verhandelingen over van alles (en soms ook werk), je bent oprecht belangrijk voor me, onderschat het niet! Ik ben blij dat je bij de verdediging bent.

Pap en mam, altijd daar om me te steunen en altijd geïnteresseerd in hoe het onderzoek verliep. Jullie geven mij richting en zijn daar als de dingen niet lopen hoe ze moeten lopen. Ik hoop dat ik jullie trots heb gemaakt. (Pap, dank je wel voor de spar-sessies, je kritische blik en enthousiasme. Mam, altijd daar om me te steunen! En uiteraard ook nog bedankt voor het lenen van de auto) Matthijs, broertje, ook al zien of spreken we elkaar weinig, ik weet dat je er bent!

Marjolijn, liefste nicht, dank je wel voor de hulp met de ideeën voor mijn proefschrift. Je bent een zon! Ome Gerard en Rense, Henny en Winfried, Anke en Sonja, tante Ans en oom André, altijd op de achtergrond meevoelend en geïnteresseerd!

Mijn lieve vrienden en andere belangrijke mensen in mijn leven: Yessica, Babeth, Renee, Maarten, Sahin, Charlotte, Mieke, Edith, Tom, Ruben. Ik ben zo ontzettend gelukkig dat jullie in mijn leven willen zijn, het wordt er beduidend leuker op! Voor steun, grapjes, avondjes, telefoontjes, een luisterend oor, wat niet. Dank jullie wel!

Wellicht opmerkelijk, maar als laatste zou ik graag iemand willen bedanken zonder wie ik niet in staat zou zijn geweest om mijn onderzoek te ondernemen: mijn therapeut.

Ik weet niet hoe prettig jij (of ik) het vindt om met naam en toenaam in dit boek te verschijnen, dus vandaar noem ik je 'mijn therapeut'. Je bent zo onwaarschijnlijk belangrijk voor me geweest in de afgelopen 9 jaar, dat ik niet weet welke woorden ik moet kiezen om dat duidelijk te maken. Zonder jouw betrokkenheid, bereidheid om het met me aan te gaan, rust en geduld was het voor mij niet mogelijk geweest me staande te houden. Ik, en dus dit proefschrift, was er niet geweest zonder je.

PhD Portfolio

PhD portfolio

Education

Webinar Empirical Ethics (2021) – 0.4 ECTS

Basiccursus Regelgeving en Organisatie voor Klinisch Onderzoekers (BROK) (2019) – 1 ECTS

AMC World of Science (2019) – 0.7 ECTS

Scientific writing in English (2019) – 1.5 ECTS

Spring School Ethical Theory and Moral Practice, OZSW (2018) – 2 ECTS

Qualitative Health Research (2016) – 1.9 ECTS

(Inter)national conferences, workshops and symposia

Symposium *‘De nalatenschap van verlies en trauma voor individu, gezin en samenleving: implicaties voor psychische gezondheid’* Utrecht, The Netherlands (2020) 0.5 ECTS

The seventh annual OZSW conference (The Dutch Research school of Philosophy), Amsterdam, The Netherlands (2019) – 1 ECTS

3rd International Conference on End of Life Law, Ethics, Policy and Practice, Ghent, Belgium (2019) – 1 ECTS

NVVE symposium ‘Euthanasie als behandeloptie bij psychisch lijden’, Driebergen, The Netherlands (2018) – 0.5 ECTS

3rd Annual Meeting of the Amsterdam Public Health research institute, Amsterdam, The Netherlands (2018) – 0.5 ECTS

15 Years of Euthanasia Law in Belgium, Antwerp, Belgium (2017) – 0.5 ECTS

2nd International Conference on End of Life Law, Ethics, Policy and Practice, Halifax, Canada (2017) – 1 ECTS

NVvP Voorjaarscongres 2016, Maastricht, the Netherlands (2016) – 0.5 ECTS

International Euthanasia Conference 2016, Amsterdam, The Netherlands (2016) – 0.5 ECTS

NVVE congress “Complexe euthanasie”, Utrecht, The Netherlands (2016) 0.5 ECTS

Philosophy of Care meetings (monthly), Amsterdam UMC location AMC, Amsterdam, The Netherlands (2016-2020) – 1 ECTS

Various evenings with programmes about physician-assisted dying (in context of psychiatry) (for example at Spui25, de Balie, or Universiteit van Nederland) – 1 ECTS

Presentations

Oral presentation: Huisartsennetwerk Amsterdam UMC, locatie AMC: *'Euthanasie en hulp bij zelfdoding in de psychiatrie'* (2019) – 0.2 ECTS

Oral presentation: Spring School Ethical Theory and Moral Practice, OZSW: *'Physician-assisted suicide in psychiatry'* (2018) – 0.2 ETCS

Oral presentation: Quest, VUmc: *'Levensbeëindiging door psychiaters: de resultaten van de derde evaluatie van de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding'* (2017) – 0.2 ECTS

Oral presentation: 2nd International Conference on End of Life Law, Ethics, Policy and Practice, Halifax, Canada: *'Psychiatrists Views on Assisted Dying and Psychiatric Patients: a Qualitative Study'* (2017) – 0.2 ECTS

Oral Presentations during Philosophy of Care (Ethics of Care) meetings – 0.2 ECTS

Teaching

Supervising Bachelor thesis medical student (2020) – 1 ECTS

Supervising Master thesis medical student (2019) – 1 ECTS

Ethics and infectious diseases (2019-2020) – 0.5 ECTS

Ethics and addiction (2019) – 0.5 ECTS

Moral Case Deliberation to Medical Students (Bachelor and Master) (2016-2020) – 1 ECTS

Publications

Onwuteaka-Philipsen, B. D., Legemaate, J., van der Heiden, A., van Delden, H., Evenblij, K., el Hammoud, I., Pasma, H. R. W., Ploem, C., Pronk, R., van de Vathorst, S., Willems, D. (2017). Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: *Zonmw*.

Legemaate, J., Ploem, C., Pronk, R., van de Vathorst, S. Het functioneren van de toetsingscommissies euthanasie. (2017) Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 41(4-5):342-350

Pronk, R., Evenblij, K., Willems, D. L., & van de Vathorst, S. (2019). Considerations by Dutch psychiatrists regarding euthanasia and physician-assisted suicide in psychiatry: a qualitative study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(6), 0-0.

Evenblij, K., Pasma, H. R. W., Pronk, R., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2019). Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-10.

Pronk, R., Snijdewind, M. (2019). Euthanasie bij psychiatrisch lijden. *Algemeen Tijdschrift Voor Wijsbegeerte* 111 (2):253-257

Pronk, R., Willems, D. L., & van de Vathorst, S. (2020). Do Doctors Differentiate Between Suicide and Physician-Assisted Death? A Qualitative Study into the Views of Psychiatrists and General Practitioners. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1-14.

Snijdewind M., Pronk R. (2020) Euthanasie bij persoonlijkheidsproblematiek. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. 164:D4928

Pronk, R., Willems D.L. & van de Vathorst, S. (2021) Feeling Seen, Being Heard: Perspectives of Patients Suffering from Mental Illness on the Possibility of Physician-Assisted Death in the Netherlands. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1-15.

Contribution of co-authors

Contribution of co-authors

All authors read and approved the final version that was submitted.

Rosalie Pronk, Suzanne van de Vathorst and Dick Willems were responsible for the design of all the studies.

Chapter 2:

Rosalie Pronk, Kirsten Evenblij, Dick Willems and Suzanne van de Vathorst

RP conducted the interviews, analysed the content and wrote the manuscript. KE, DW and SvdV reviewed the manuscript and revised it for important intellectual content. Jolien Glaudemans is acknowledged for her contribution as a second coder.

Chapter 3:

Rosalie Pronk, Nieke Sindram, Suzanne van de Vathorst and Dick Willems

RP and NS both conducted the interviews and analysed the content. RP conducted and analysed the survey-study. RP wrote the manuscript. SvdV and DW reviewed the manuscript and revised it for important intellectual content. Kirsten Evenblij is acknowledged for her contribution to the analysis of the survey-study.

Chapter 4:

Rosalie Pronk, Dick Willems and Suzanne van de Vathorst

RP conducted the interviews, analysed the content and wrote the manuscript. DW and SvdV reviewed the manuscript and revised it for important intellectual content.

Chapter 5:

Rosalie Pronk, Dick Willems and Suzanne van de Vathorst

RP conducted the interviews, analysed the content and wrote the manuscript. DW and SvdV reviewed the manuscript and revised it for important intellectual content.

Chapter 6:

Rosalie Pronk, Dick Willems and Suzanne van de Vathorst

RP conducted the interviews, analysed the content and wrote the manuscript. DW and SvdV reviewed the manuscript and revised it for important intellectual content.

