

dat de psychiatrie ook voor mensen met chronisch psychiatrische stoornissen een 'helende' (cure) bijdrage te bieden heeft. Of had de psychiatrie toch al minder kleren aan dan wij dachten?

Arjen van Kalsbeek
(psycholoog, stafmedewerker Psychiatrisch
Ziekenhuis Franeker)

Hans Wagenborg
(psycholoog, algemeen directeur Stichting
Overlegorgaan Geestelijke
Gezondheidszorg, Rotterdam)

Symposia over zelfdoding

Verslag van het symposium 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie', georganiseerd door Bruggink Communicatie Support op 8 april 1994 te Amersfoort, en het symposium 'Ik wil dood... De rol van de psychiatrische verpleegkundige wanneer een patiënt zijn leven wenst te beëindigen', georganiseerd door Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven op 27 april 1994 te Deventer

De ongelooflijke gelaagdheid van het begrip 'hulp bij zelfdoding' maakt het verslag van twee bijeenkomsten over dit onderwerp tot een preciaire kwestie. Zeker gezien de discussie die afgelopen maanden rond de zaak Chabot in de media heeft gespeeld. Voordat de uitslag van de Hoge Raad hierover bekend werd, spraken zowel psychiaters als verpleegkundigen zich, tijdens twee goed bezochte symposia, voor het eerst in het openbaar uit over de noodzaak van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten. Kan het? Mag het? En zo ja, hoe moet het?

Ik heb in mijn omgeving de afgelopen jaren meerdere, al dan niet geslaagde,

pogingen tot zelfdoding meegemaakt. Het pleidooi van een Ypsilon-moeder 'nu eens eindelijk serieuze aandacht' te geven aan de doodsdwang van 'onze patiënten' – haar zoon was van een flat gesprongen – bracht mij een jonge vriendin voor de geest die, op verlov van een psychiatrische inrichting, een einde aan haar leven maakte. Ook zij kon met haar zelfmoordgedachten niet bij verpleging en psychiater terecht en beëindigde haar leven ten slotte onverwacht en keihard, naar het leek in een zinloze opwelling.

De traumatische gevolgen van zo'n harde dood voor de omgeving – met het risico van een kettingreactie – vormen een argument voor het geven van hulp. Een van de belangrijkste winstpunten van de discussie op beide symposia, lijkt mij dat die aandacht voor de dood er in de psychiatrie nu eindelijk komt. Dat een serieus gesprek mogelijk wordt. En dat uiting geven aan het verlangen naar de dood niet automatisch meer hoeft te leiden tot algehele isolatie. Want stel: je loopt met zelfmoordideeën. Op een dag besluit je – je bent voor de eerste keer met depressieve verschijnselen opgenomen in het psychiatrisch streekhospitaal – van je hart geen moordkuil te maken. Je vraagt die aardige verpleegster te spreken en vertelt haar wat er in je omgaat. Je twijfels, je angsten, je gedachten aan de dood. En nog diezelfde dag zit je in de isoleer.

Levenslang

Het symposium 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie' (Bruggink Communicatie Support, Amersfoort) gaf niet veel nieuwe informatie; alle argumenten en overwegingen zijn zo langzamerhand bekend. Wel frappant was dat er geen tegenstemmen werden gehoord. 'Ik wil

dood...’ (Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven, Deventer) was vooral interessant vanwege een praktijkvoorbeeld uit dit ziekenhuis.

’In negen van de tien gevallen wordt direct een inbewaringstelling aangevraagd als er door een patiënt over wordt gesproken. Zelfdoding is nog steeds een taboe-onderwerp’, zei mevrouw *E.M. Visser*, lid van de verpleegkundige staf van Brinkgreven, op het symposium voor verpleegkundigen in dit ziekenhuis. Inleider prof. dr. *H.M. Kuitert* had eerder op het – vooral door psychiaters bezochte – symposium in Amersfoort al zijn afschuw uitgesproken over ’klinieken die gevangenen kunnen worden waar je levenslang krijgt en dood wilt zonder dat iemand je daarbij helpt’. Onder de psychiaters scheen, opmerkelijk genoeg, niemand te twifelen aan de noodzaak van deze hulp. Of zoals Kuitert stelde: ’Psychiatrische patiënten hoeven niet aan het privilege ten onder te gaan dat zij de enigen zijn – vanwege het label ’psychisch lijden’ – die nooit hulp bij zelfdoding kunnen ontvangen.’ Een enkele sputterende opmerking uit de zaal leidde aan het einde van de bijeenkomst nog tot een meningspeiling. Maar slechts vier van de kleine honderdvijftig aanwezigen staken hun hand omhoog op de vraag: wie zou nooit op zo’n verzoek ingaan?

Het symposium in Amersfoort werd overigens gekenmerkt door een nogal theoretische aanpak, die weinig ruimte liet voor praktijkervaringen. Een vraag uit de zaal hoe je om moet gaan met die groep suïcidale patiënten met wie moeilijk te praten valt, werd zodoende summier beantwoord. Inleider dr. *D. van Tol* verwees zijn collega naar de discussienota over hulp bij zelfdoding in de psychiatrie van de KNMG-commissie uit

november 1993. ’En luister vooral naar de verpleging, die hebben vaak goed inzicht in wat er speelt’, aldus zijn advies.

Brandende kwestie

De innovatiemarkt in het personeelscentrum van Brinkgreven, druk bezocht tijdens de Japanse lunch waarmee dit ziekenhuis haar symposiumgasten verzorgde, toonde een keur aan opleidingen, cursussen en behandelstrategieën waar verpleegkundigen hun voordeel mee kunnen doen. Maar naast ’time-management’, ’high care’ en ’methodisch helpen bij agressieproblematiek’ was er in de vijftien stands niets te vinden over de brandende kwestie ’hulp bij zelfdoding’.

Terwijl toch vooral de verpleging op de afdelingen regelmatig wordt geconfronteerd met de doodswil van patiënten. Richtlijnen voor de omgang hiermee blijken niet te bestaan. Maar uit de praktijk van Brinkgreven werd duidelijk dat de verpleegkundige de eerst aangewezen persoon is om hierover met de patiënt te praten. En dat zonnodig de weg gewezen kan worden naar instanties als de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE). Die rol van de verpleging moet niet worden onderschat, zo kwam op het symposium naar voren. Want serieus genomen worden, kan voor een suïcidale patiënt van het grootste belang zijn.

’Juist de toezegging een patiënt niet in de steek te laten als alle behandeling zou falen, kan namelijk helpen een therapeutische relatie op te bouwen en zo zelfs een suïcide voorkomen’, zei dr. *W.A. Nolen* al eerder op het Bruggink-symposium. Hij vermoedt dat het aanvaardbaar maken van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten ’het aantal zal doen toenemen met wellicht

enkele tientallen per jaar, maar dat daartegenover een "winst" zal kunnen worden geboekt van een zeker vergelijkbare daling van het aantal "ongewenste" suicides'.

Praktijkvoorbeeld

Zijn stelling werd in Brinkgreven onderbouwd door een praktijkvoorbeeld van mevrouw Visser. Een patiënt met een uitgebreid psychiatrisch verleden had al meerdere pogingen tot zelfdoding achter de rug. 'Na een zoveelste escapade werd deze patiënt aan mij toegewezen.' In overleg met de behandelend psychiater bood Visser de patiënt 'ondersteuning bij het maken van een keuze door gesprekken hierover'. Er zou geen inbewaringstelling of rechterlijke machtiging worden aangevraagd. Nadrukkelijk werd gesteld dat het ziekenhuis geen daadwerkelijke hulp bij zelfdoding gaf. Wel wilde ze hem verwijzen naar de NVVE en de Humanistisch Raadsvrouw. De, inmiddels ontslagen, patiënt besloot uiteindelijk te blijven leven.

De emoties in het verpleegkundig team waren gedurende dit maanden durende proces hoog opgelopen, vertelde Visser. 'Kon dit, mocht dit? Eigen normen en waarden speelden een rol: suicide mag niet. Ook mij deed het veel. Ik merkte dat het moeilijk was hem weg te laten gaan en te weten dat hij alleen in zijn woning toebde (...). Het praten met hem hierover met loslating van eigen normen, waarden en visie vroeg veel energie. Dit gold ook voor zijn behandelbaar.'

Geen geheimhouding

De stafmedewerkster had geen pasklare oplossing. 'Je kunt geen eensluitend protocol maken voor alle vragen "ik wil dood".' Zij pleitte voor meer aandacht

in de opleidingen en op de afdeling zelf. Visser vindt stellig dat de verpleegkundige altijd het eigen team moet inlichten, ter toetsing en interpretatie van de hulpvraag. De patiënt kan zodoende geen geheimhouding worden gegarandeerd. 'Maar je kunt hem wel garanderen dat je hem serieus neemt en met respect zult behandelen.'

In Amersfoort zei Nolen hierover dat het voor een psychiater belangrijk is tijdens het gesprek altijd de eigen opstelling bekend te maken. 'Ik heb begrip voor jouw suïcidaliteit, maar ik vind dat je nog dat en dat moet proberen, voor ik eventueel bereid ben jou hulp te verlenen.' Psychiater *F. van Ree* betoogde in Brinkgreven dat een eventuele doorverwijzing – als de hulpverlener zelf niet kan of wil helpen – nooit lang uitgesteld mag worden. 'Het hele verhaal vertellen om daarna naar een ander weggestuurd te worden, bevordert natuurlijk suïcidaliteit.'

In de praktijk van de psychiatrie is zo'n open opstelling nog ver te zoeken. Zo maakte een buurtgenote van mij onlangs, na tien jaar ondraaglijke pijn, in alle eenzaamheid, op riskante wijze een einde aan haar leven met illegaal verkregen pillen. Psychiater en huisarts hadden haar gek verklaard. De pijn was volgens hen 'psychisch'. Maar een duidelijke diagnose werd niet gesteld. Opname in een psychiatrische kliniek bood geen enkel soelaas. Haar herhaaldelijk uitgesproken doodswens werd jarenlang afgedaan, de ernst van haar situatie ontkend. 'Slik nu die medicijnen maar, dan gaat het wel beter met u.'

Op het symposium voor verpleegkundigen waarschuwde ethicus dr. *R.L.P. Berghmans* tegen dit soort 'misplaatst paternalistisch-therapeutisch optimisme' en tegen 'irrationele reddersfantasieën

van de hulpverlener die op hun beurt compensaties kunnen zijn van afgeeerde gevoelens van machteloosheid'. Hoewel suïcidehulp altijd de allerlaatste optie is in een proces van hulpverlening, mag het openhouden van deze ultieme optie niet door dit soort 'therapeutische almachtsfantasieën' worden geblokkeerd, aldus Berghmans.

Binnen de kliniek?

Voor verpleegkundigen is feitelijke hulp bij zelfdoding niet direct aan de orde. Binnen de muren van de kliniek, zo werd tijdens dit symposium expliciet gesteld, is het in elk geval niet mogelijk. Het zou te veel onrust geven en een onveilige sfeer creëren. Mevrouw *T.M. Cornelisse-Claassen* van de NVVE sloot zich bij deze gedachte aan. Zij verwees naar wat psychiater F.A.M. Kortmann hierover schreef (MGv 7/8-93) en de mogelijkheid van een poliklinische begeleiding naar de 'zelfgekozen dood'. Van Ree, pionier op het gebied van hulp bij zelfdoding, kwam in Deventer zelfs met het idee voor een 'ambulant hulp-team voor suïcidale mensen'. 'De taak hiervan zal zijn de patiënt alsnog hulp te bieden van de zelfdodingsdrang verlost te worden en de waarde van het leven te hervinden. Maar zo'n therapie zal geen herhaling mogen inhouden van alles wat eerdere therapeuten al probeerden. Het grote verschil is nu voor de patiënten dat ze de uitzichtloosheid wordt ontnomen die hen eerder van buitenaf door de therapeuten werd opgedrongen. Er is nu zicht op herstel, of een milde dood.' Zo'n hulpteam zou een zware taak krijgen en niet alleen vanwege de psychische belasting van de leden, zoals Van Ree aanvoerde. Deze ervaren psychiater toont zich, paradoxaal genoeg, voor-

stander van het strafbaar blijven van hulp bij zelfdoding aan lichamelijk gezonde mensen. 'Niet alleen strafbaar, maar voor elke hulpverlener een zware weg, waarvoor hij of zij zich openlijk dient te verantwoorden.' Dat hij aan deze hulp toch veelvuldig heeft meegewerkt, komt voort uit zijn overtuiging dat 'het onder dwang voort laten leven van suïcidale mensen tot mensonwaardige foltering en kwelling kan voeren'.

Niet-medische begeleiding

'Zou het niet goed zijn naast de psychiatrie een instantie in het leven te roepen waar suïcidale mensen terecht kunnen, zonder dat er meteen met IBS'en gezwaaid wordt?' opperde een RIAGG-medewerker in Amersfoort. Zijn opmerking ging verloren en daarmee ook de vraag of een niet-medische begeleiding van zelfdoding gewenst is. Kuitert was de enige die in zijn inleiding het alleenrecht van de arts op hulp bij zelfdoding ter discussie stelde. 'Dokters zijn daar niet voor, ze beschikken weliswaar over dodelijke middelen maar dat is geen reden voor hulp bij zelfdoding. Iedereen kan die taak op zich nemen.' Dit idee strandt voorlopig, aldus de ethicus, op maatschappelijke redenen. Psychiater Van Ree bracht naar voren dat hulp bij zelfdoding wel onder medische begeleiding moet vallen, omdat niet-medische hulpverlening het risico van een pijnlijke dood met zich meebrengt. 'Ik kan u uit de praktijk diverse voorbeelden geven van mislukte pogingen. Ook het vrijgeven van de middelen en een handleiding vormen geen garantie voor een milde dood. Hoe vaak komt het niet voor dat iemand vlak voor het coma de plastic zak van zijn hoofd trekt.'

Justitie onvoorspelbaar

Over de juridische gevolgen voor psychiaters die hun patiënt hulp geven bij zelfdoding, kon prof. mr. *J. Legemaate* deze beroepsgroep weinig vastigheid bieden. 'Er is nu een vorm van duidelijkheid, maar de onzekerheid blijft, afhankelijk van de rechter die de zaak behandelt', aldus Legemaate. Hij noemde het vervolgingsbeleid van de officier van justitie de laatste jaren 'vreemd onvoorspelbaar' en sprak de verwachting uit dat in de huidige situatie bij psychiatrische patiënten justitie steeds zal gaan vervolgen. 'De minister van Justitie heeft ook een verscherpt beleid toegezegd.'

Legemaate schetste de jurisprudentie tot nu toe en de voorwaarden waaraan een arts moet voldoen (zie ook MGv 7/8-93) om eventueel vrijgesteld te worden van vervolging. Zijn conclusie is dat hulp aan psychiatrische patiënten juridisch tot de mogelijkheden behoort, waarbij justitie bijzondere aandacht zal schenken aan de mate van wilsbekwaamheid en het behandelingsperspectief.

'Hoe beoordeel je die wilsbekwaamheid?' kwam natuurlijk op beide symposia ter sprake. 'De vraag om hulp bij zelfdoding komt vaak op bij depressieve mensen, het hoort er een beetje bij', zo merkte Nolen ten overvloede op. Met de KNMG-commissie (zie ook MGv 7/8-93) is hij, evenals de meeste sprekers, van mening dat psychiatrische verschijnselen wilsbekwaamheid niet per se in de weg hoeven te staan. Bij de NVVE blijken zich vaak mensen aan te melden met een lange carrière in de psychiatrie achter de rug. Zij hebben welbewust de hoop op genezing opgegeven. 'Ze willen niet de volgende manische periode afwachten, of de volgende psychose. Ik heb relatief veel mensen bij me gehad

die de diagnose meervoudige persoonlijkheidsstoornis gekregen hebben, waarbij alleen een jarenlang durende intensieve en pijnlijke therapie ze misschien kan helpen. Met dit vooruitzicht kunnen ze niet leven', aldus mevrouw Cornelisse.

Collegiaal netwerk

Zij pleitte eerder op het symposium in Amersfoort voor het opzetten van een netwerk van psychiaters. 'De juridische consequenties vormen bij het geven van hulp bij zelfdoding een obstakel. Maar wel kunnen psychiaters meer collega's leren kennen die beschikbaar zijn voor een second opinion.' Nolen had al aangegeven dit, overigens ook wettelijk vereiste, overleg met collega's van het grootste belang te vinden.

De psychiater vertelde hoe hij zelf onlangs een verzoek om hulp bij een van zijn collega's had afgeraden. 'Het ging om een depressieve patiënte. Haar behandelend psychiater wilde haar helpen, maar ik zag nog licht in verdere behandeling. Zij is later inderdaad opgeknapt.' Wat hij onder verdere behandeling verstond, werd overigens niet duidelijk. Wie bepaalt op gegeven ogenblik de grens. Is dat shockbehandeling? Ik kan me voorstellen dat mensen dit weigeren.

Ook dr. *A.J.F.M. Kerkhof* benadrukte het belang van de consultatie. Hij vindt toetsing van de motieven een belangrijk punt. 'Suicides zijn momenteel maar zeer zelden een uiting van een weloverwogen balans (...)', stelde de psycholoog onomwonden en onderkende zelf meteen het logische gevolg voor paternalist te worden uitgemaakt. 'Cruciaal in het hele proces is de persoon in kwestie te helpen bij zijn afwegingsproces wanneer dat gekenmerkt wordt door am-

bivalentie, ontreding, chaos en wanhoop.'

Kerkhof waarschuwde tegen de huidige angst voor afhankelijkheid die het motief voor zelfdoding zou bepalen. 'Is onze aandacht voor hulp hierbij niet een weerspiegeling van een doorgedraaide cultus waarin onafhankelijkheid als een afgod wordt aanbeden?'

Hij ging over deze stelling later in debat met *H. Drion*, hetgeen een levendige, maar niet erg ter zake doende discussie opleverde. De pil in het nachtkastje voor ouderen staat tenslotte wel erg ver af van de isoleercel van psychiatrische patiënten.

In Brinkgreven stelde mevrouw Cornelisse tot slot dat hulp bij zelfdoding uit de strafrechtelijke sfeer gehaald moet

worden. Van Ree ging hier tegenin. Hij wees op de vele zaken die in stilte worden geseponeerd. 'Artsen moeten niet zo kletsen, zo'n hel is het in Nederland niet. Het risico naar de andere kant toe is veel groter. Als je zomaar wat regels opstelt waaraan de arts moet voldoen, dat is pas helemaal levensgevaarlijk.' De ethicus Berghmans aarzelde. 'Ik weet niet of strafbaar houden de enige weg is. Het moet mogelijk zijn de criminalisering te verminderen. Het is een groot dilemma', aldus Berghmans, hierin dankbaar bijgevallen door Van Ree met de afsluitende woorden: 'Ik ben ook onzeker en dat wil ik graag blijven.'

Petra Hunsche

(journaliste, ex-cliënt GGZ, Amsterdam)

Agenda

Samenstelling: Rozemarijn Esselink

- wo 24-za 27 augustus* 20th European Conference on **Psychosomatic Research** met als thema Health is the Message: Patients and Professionals in Dialogue. Plaats: Gent, België. Inlichtingen: Congressecretariaat, telefoon 00-3292404378.
- ma 29 augustus-vrij 2 september* Zomerschool Grenzen '94, **grenzen van hulpverleners**, georganiseerd door Vrije Universiteit Brussel en Perspectief vzw. Sprekers: prof. dr. W. Everaerd, dr. A. van Dantzig, Annemarie Grewel, Leo Beyers e.a. Thema's: mensbeeld, ethiek, communicatie, lichamelijkeheid en emotionaliteit, crisisinterventie. Plaats: Brussel, België. Kosten: f 45,- - f 65,- per dag, f 560,- - f 835,- voor vijf dagen. Inlichtingen: Perspectief, telefoon 070-3562296.
- di 30 augustus-vrij 2 september* Third European Congress of **Gerontology**. Voorzitter organiserend comité: J. van Londen. Plaats: Amsterdam. Inlichtingen: telefoon 020-5491212.