

Het verzoek om hulp bij zelfdoding door cliënten met een psychische aandoening belicht vanuit verschillende invalshoeken

Een theoretische onderbouwing van bijbehorend referaat in relatie tot ervaringsdeskundigheid



*Everything will be okay in the end.
If it's not okay, it's not the end.*



Hogescholen



Ivonne Heijnen, 3188205

Toetsopdracht
Politiek/Recht/Filosofie, Dwang & Drang

Fontys Hogescholen

“Sommige cliënten zetten hun wens tot euthanasie door, anderen zien na gesprekken af van deze wens. Maar in alle gevallen waar het verzoek van de cliënt serieus werd genomen en gesprekken werden aangeboden ontstond rust en bezinning.”

Omslag ‘De strijd voorbij’ (Croonen & Vries, 2010)

“Als het einde komt,
En als ik dan bang ben,
Mag ik dan bij jou?
Als het einde komt,
En als ik dan alleen ben,
Mag ik dan bij jou?”

Uit songtekst: ‘Mag ik dan bij jou’ (De Breij, 2009, track 1)

Referaat Politiek, Recht, Filosofie/ Dwang & Drang

Toetscode: 78A2-PRFD

Student : Ivonne Heijnen
Studentnummer : 3188205
Naam docenten : Jan van der Velde, Wiland Doreleijers en Jos Terhaag
Naam opleiding : Associate Degree Ervaringsdeskundige in de Zorg
Wijzigingsdatum : 16 april 2018
Versie : 1.2 Definitief

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
1 Vraagstelling.....	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Vraagstukken in relatie tot het bespreekbaar maken van het verzoek om hulp bij zelfdoding binnen de GGZ	6
2 Onderbouwing en beargumentering.....	8
2.1 Juridisch kader.....	8
2.2 Politiek kader en recente ontwikkelingen	9
2.3 Maatschappij kritisch kader	10
2.4 Ethische bewustwording.....	11
2.4.1 Waarde menswaardig handelen.....	12
2.4.2 Waarden open- en eerlijkheid.....	12
2.4.3 Zicht op discretionaire ruimte in relatie tot 'drang en dwang'	13
2.4.4 Waarde zelfbeschikking.....	15
3 Strategische en praktische keuzes	16
3.1 Hoe te handelen als ervaringsdeskundige in de praktijk in de ondersteuning van cliënten die een verzoek om zelfdoding doen	16
3.2 Evaluatie en verantwoording	18
4 Conclusie.....	20
Bronnenlijst	22
Bijlagen	24
1.1 Bijlagen artikelen 293 en 294, zorgvuldigheidseisen en teksten van Mw. Schippers en Mw. Borst van TV-uitzending EenVandaag 26-02-2018 bij paragraaf 2.1	24
1.2 Bijlage non-suicidecontract	25
1.3 Bijlage wils(on)bekwaam bij paragraaf 2.4.4	25
1.4 Bijlage stepped care bij paragraaf 3.1	25

Voorwoord

Voor u ligt de theoretische uitwerking van mijn beschouwing over het onderwerp: 'Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' vanuit verschillende invalshoeken¹.

Met het referaat heb ik als doel het onderwerp 'omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychische aandoening' onder de aandacht te brengen op zowel macro-, meso- en microniveau. Zowel op psychische aandoeningen, suïcidaliteit en het verzoek om hulp bij zelfdoding door cliënten met een psychische aandoening berust nog altijd een taboe. Graag wil ik dit taboe doorbreken, zodat hulp bij zelfdoding bespreekbaar kan worden gemaakt. Ik wil dat niemand in Nederland meer in eenzaamheid en uit wanhoop hoeft te sterven door suïcide.

Deze theoretische beschouwing heeft voor mij als subdoel om tot een goede voorbereiding te komen voor mijn referaat. Ik ben me er terdege van bewust dat dit verslag geen beoordelingsonderdeel is van de toets. Wat mij betreft is het onmogelijk om volledig en sluitend mijn beschouwing te verwoorden zonder een uitgebreid onderzoek te doen naar alle vraagstukken die in paragraaf 1.2 aan bod komen. Het gekozen onderwerp vraagt zoveel onderzoek dat ik dat niet haalbaar acht in 8 weken tijd. Desalniettemin heb ik getracht me voldoende in te lezen en de voorgeschreven literatuur te bestuderen om tot een goed referaat te kunnen komen.

Deze theoretische onderbouwing bestaat uit een samenvatting, 4 hoofdstukken, bijlagen, en een bronnenlijst. Ik zal hieronder de hoofdstukken beknopt toelichten.

- *Hoofdstuk 1:*
In dit hoofdstuk treft u mijn verantwoording voor de keuze van het onderwerp en een inleiding. Tenslotte kom ik tot een vraagstelling met daarbij behorende deelvragen waarop ik gaandeweg in deze theoretische onderbouwing tracht antwoorden te geven.
- *Hoofdstuk 2:*
In dit hoofdstuk beschrijf ik achtergrondinformatie en recente actuele ontwikkelingen over het thema. Ik heb me daarbij verdiept in de juridische, politieke en maatschappij kritische kaders. Tenslotte kom ik tot een vorm van zelfreflectie waarin ik mijn ethische bewustwording verwoord.
- *Hoofdstuk 3:*
Op basis van de vragen uit hoofdstuk 1 die mij hebben geprikkeld en aangezet tot nadenken, mijn ethische bewustwording en het verdiepen in de theorie van het gekozen onderwerp, kom ik tot praktische handvatten voor mezelf in de dagelijkse praktijk bij de ondersteuning van 'cliënten HbZd¹'.
- *Hoofdstuk 4:*
De bestudeerde theorie, mijn zelfreflectie en ethische bewustwording in ogenschouw nemend, kom ik uiteindelijk in dit hoofdstuk tot mijn conclusie in relatie tot de omgang met het verzoek om hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten. In het bijzonder voor ervaringsdeskundigen.

Daar waar gesproken wordt van de richtlijn, bedoel ik de richtlijn 'Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' (Tholen, et al., 2009).

Ik wens u veel leesplezier toe!

N.b. daar waar gesproken wordt van 'hij' en 'zijn' kan ook 'zij' en 'haar' worden gelezen.

¹ Voor de leesbaarheid gebruik ik de term 'cliënt(en) HbZd'. Hiermee bedoel ik cliënten met een psychische aandoening die een verzoek doen of hebben gedaan om hulp bij zelfdoding aan een behandelend arts.

Samenvatting

Sinds 2002 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding van kracht. Kortweg euthanasiewet genoemd verderop in deze theoretische onderbouwing. Voor mensen met een psychische aandoening die duurzaam, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, is er een mogelijkheid om via deze wet in aanmerking te komen voor hulp bij zelfdoding. Het is vaak een lange en intensieve weg om voor hulp bij zelfdoding in aanmerking te komen voor de 'cliënt HbZd'. Er dienen door de behandelend arts die mogelijk hulp bij zelfdoding verleent, een aantal criteria zorgvuldig getoetst te worden. Zo dient er getoetst te worden of is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de cliënt. De arts dient tot de overtuiging te komen dat de cliënt daadwerkelijk dood wil en dat er sprake is van duurzaam uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Uiteindelijk dient de arts tot de overtuiging te komen dat er geen andere oplossing meer voor de cliënt bestaat dan hulp bij zelfdoding. Sommige artsen zullen hulp bij zelfdoding niet verlenen wegens persoonlijke ethische bezwaren. De arts is niet verplicht om het verzoek om hulp bij zelfdoding in te willigen. Zijn plan voor levenshulp zal hij moeten voorleggen aan de 'cliënt HbZd'. Daarnaast zal hij bereidwillig moeten zijn om de 'cliënt HbZd' de mogelijkheid te bieden een andere psychiater te kunnen benaderen met zijn doodswens. Volgens de richtlijn is er geen verwijsplicht, maar zal zo nodig bereidheid aanwezig moeten zijn de cliënt te ondersteunen in het vinden van een andere psychiater.

Vanuit de maatschappij, politiek en de beroepsgroep komen er de laatste tijd steeds meer kritische geluiden over hulp bij zelfdoding aan 'cliënten HbZd'. De vraag naar verzoek om hulp bij zelfdoding bij ook deze groep stijgt. Volgens het jaarverslag van de regionale toetsingscommissies euthanasie, overleden 83 mensen met een psychische aandoening als gevolg van hulp bij zelfdoding in 2017. In 2011 waren dit 13 mensen (knmg, 2017). Vanuit de maatschappij horen we steeds meer geluiden dat hulp bij zelfdoding toegankelijker moet worden gemaakt. Mensen willen autonomie en eigen regie behouden over hun leven, maar ook over hun levenseinde. Vanuit de politiek en de beroepsgroep komen geluiden dat de beschermwaardigheid van het leven hierbij in acht moet worden genomen. Zo wil minister De Jonge in gesprek met Coöperatie Laatste Wil. Deze coöperatie zegt een dodelijk middel te verstrekken aan hun leden bij een lidmaatschapsduur van tenminste zes maanden. Minister de Jonge vindt dit ongewenst. Ietswat buiten het bestek van mijn thema, wil ik toch het wetsvoorstel dat door Pia Dijkstra is gedaan, benoemen. Eind 2016 deed D66 een initiatiefwetsvoorstel voor mensen vanaf 75 jaar. Zij wil dat deze ouderen voor een waardige en zelfgekozen dood kunnen kiezen als zij 'lijden aan een voltooid leven'. Hierover meer in paragraaf 2.2.

De beroepsgroep laat op zijn manier van zich horen. Sommigen baren zich zorgen over de stijging van de cijfers van verleende hulp bij zelfdoding. Er komt steeds meer kritiek op de verleende hulp bij zelfdoding. De handelingswijze van de Levensindekliniek wordt door vakgenoten hierbij onder de loep genomen. Volgens emeritus hoogleraar psychiatrie Frank Koerselman zou er niet in alle gevallen volledig voldaan zijn aan de zorgvuldigheidseisen die de wet voorschrijft. In een enkel geval is de cliënt nog niet uitbehandeld en is er geen sprake van uitzichtloos lijden.

Het beknopte vooronderzoek dat ik heb uitgevoerd, dat als basis dient voor mijn referaat, heeft als doel meer persoonlijk inzicht te krijgen in het leveren van goede zorg aan cliënten met een psychiatrische stoornis die een verzoek doen om hulp bij zelfdoding. Tevens heb ik daarbij mijn discretionaire ruimte onderzocht die ik heb als ervaringsdeskundige in relatie tot 'drang en dwang' bij de ondersteuning van suïcidale 'cliënten HbZd'. Hoe ik deze ruimte inricht en benut, leest u terug in paragraaf 2.4.3. Aangezien de omvang van de vaak ingewikkelde ethische aspecten in relatie tot het verzoek om hulp bij zelfdoding, lijkt het onmogelijk om te allen tijde sluitende antwoorden te geven op de hoofd- en deelvragen benoemd binnen deze theoretische onderbouwing. Het is dan ook mijn doel geweest om deze vragen kritisch tegen het licht te houden en te onderzoeken op basis van verschillende ethische visies. Daarbij heb ik bestaande literatuur, verschillende bronnen en mijn eigen waarden onderzocht in relatie tot dit thema. Hiermee heb ik getracht dit thema vanuit verschillende invalshoeken te belichten. Ik heb hierbij, voor zover mogelijk, zorgvuldigheid, menswaardigheid en nauwkeurigheid getracht te combineren en in ogenschouw te nemen. Daarnaast heb ik mijn eigen persoonlijke visie en objectiviteit verkend tijdens de ondersteuning van cliënten die een doodswens uiten. Uiteindelijk ben ik tot een universeel standpunt gekomen voor nu. Door verdere persoonlijke ontwikkeling, ontwikkelingen binnen de psychiatrie, politiek en maatschappij, zou mijn visie in de loop der tijd kunnen veranderen. Vanuit mijn huidige standpunt en visie zal ik met beperkte regelmaat cliënten ondersteunen die dit verzoek hebben gedaan aan hun behandelend arts.

1 Vraagstelling

1.1 Inleiding

In de dagelijkse praktijk werk ik als ervaringsdeskundige en als ambassadeur suïcidepreventie binnen de GGzE. In het werkveld kom ik dan ook veelal cliënten tegen die het gevoel hebben klem te zitten in hun situatie en de dood als oplossing gaan zien voor hun problemen. 'Een definitieve oplossing voor een vaak tijdelijk probleem' is een veel gebruikte kreet binnen de suïcidepreventie. Vanuit deze gedachte, mijn ervaringskennis en herstel van een ernstige suïcidepoging in 2009 en de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012), ondersteun ik cliënten om met hun suïcidale ideaties² op een veilige manier om te gaan.

Maar wat als de cliënt zijn situatie gaat zien als duurzaam langdurig en ondraaglijk uitzichtloos lijden? Een aantal van deze cliënten doen jaarlijks een herhaald en nadrukkelijk verzoek om hulp bij zelfdoding aan hun psychiater, zo'n 320 mensen per jaar (Tholen, et al., 2009).

Vooralsnog lijkt mijn professionele bijdrage aan suïcidepreventie binnen de GGzE en daarbuiten middels bijdragen aan filmpjes³ om stigmatisering tegen te gaan, zijn vruchten af te werpen. De reacties van cliënten op mijn ondersteuning en coaching bij herstel van hun suïcidale ideaties wordt als prettig en zinvol ervaren. Ook naasten en collega's zijn positief over mijn bijdrage. Voor mij is het dan ook een logische keuze om me te verdiepen in een thema voor deze toets die daarop aansluit. Voor mijn referaat heb ik me verdiept in de omgang met cliënten die een verzoek doen om hulp bij zelfdoding met een psychische aandoening. In het bijzonder ben ik nieuwsgierig naar de manier waarop ervaringsdeskundigen hun professionele bijdrage kunnen leveren bij cliënten die het traject volgen van hulp bij zelfdoding.

1.2 Vraagstukken in relatie tot het bespreekbaar maken van het verzoek om hulp bij zelfdoding binnen de GGZ

De hulpverlening dient terughoudend te zijn in het bespreekbaar maken van hulp bij zelfdoding bij cliënten met een psychische aandoening. Tegelijkertijd wordt er van de instellingen verwacht dat het aanbod van zorg beter aansluit op de vraag van de cliënt. Deze twee stellingen lijken in sommige gevallen lijnrecht tegenover elkaar te staan. Om deze stellingen enigszins te kunnen onderzoeken, heeft dat voor mij tot de volgende vraagstelling geleid:

Hoofdvragen:

- *In hoeverre kunnen 'ervaringsdeskundigen suïcidaliteit/HbZd',⁴ een plaats innemen bij het bieden van goede zorg aan cliënten die een verzoek hebben gedaan om hulp bij zelfdoding en/of waarvan het verzoek is gerechtvaardigd door de behandelend arts?*
- *In hoeverre kunnen 'ervaringsdeskundigen suïcidaliteit/HbZd' een bijdrage leveren in het verminderen van 'drang en dwang' bij het ondersteunen van 'cliënten HbZd'?*

² Met suïcidale ideaties wordt bedoeld:

"Alle mentale processen die zich centreren rond het zelf uitvoeren van handelingen om zichzelf te doden of zichzelf te beschadigen, vallen onder het begrip suïcide-ideatie (oftewel suïcideverlangens, suïcidedgedachten, suïcidewensen, suïcideplannen)" (Kerkhof, 2016, p. 20).

³ [Klik hier](#) om mijn bijdrage te bekijken bij de aflevering van NPO Nieuwsuur van zondag 14 mei 2017. Vanaf de 11^e minuut in deze uitzending wordt aandacht besteed aan het onderwerp 'suïcidepreventie op het spoor'. [Klik hier](#) voor het filmpje van Mensenwerk, waarin ik vertel over mijn werkzaamheden.

⁴ Voor de leesbaarheid gebruik ik de termen 'ervaringsdeskundige suïcidaliteit' en 'ervaringsdeskundige HbZd'. Met 'ervaringsdeskundige suïcidaliteit' bedoel ik een ervaringsdeskundige die eigen ervaring heeft met suïcidale ideaties en/of een suïcidepoging en daarin een herstelproces heeft doorgemaakt. Met 'ervaringsdeskundige HbZd' bedoel ik een ervaringsdeskundige die een verzoek heeft gedaan om hulp bij zelfdoding aan zijn behandelend arts of psychiater en/of suïcidale ideaties heeft gehad in het verleden en daarin een herstelproces heeft doorgemaakt.

Deelvragen:

- *Is het überhaupt wenselijk dat ervaringsdeskundigen (incidenteel) worden betrokken bij de behandeling en ondersteuning van cliënten die een verzoek hebben gedaan om hulp bij zelfdoding?*
 - *Zo ja, wat betekent dit dan concreet voor goede zorg aan deze groep mensen en welke rol heb je dan als ervaringsdeskundige?*
- *Hoe bewaak je als ervaringsdeskundige je objectiviteit? Hoe ga je om met subjectieve gevoelens die ontstaan vanuit jouw eigen ervaringsverhaal? Hoe beïnvloedt dit jouw visie op dit thema? Hoe maak je je van deze subjectieve gevoelens bewust?*
- *Hoe ziet de discretionaire ruimte van een ervaringsdeskundige eruit in de begeleiding van deze cliënten?*
- *Hoe kan een 'ervaringsdeskundige suïcidaliteit/HbZd' zijn eigen ervaring professioneel en bruikbaar inzetten in de ondersteuning van deze cliënten?*
- *Indien de cliënt reeds een verzoek om hulp bij zelfdoding heeft gedaan aan zijn behandelend arts, is het dan wenselijk dat ook de betrokken ervaringsdeskundige een opening biedt om het thema bespreekbaar te maken en/of te houden in het kader van de behandeling in de ondersteuning bij levenshulp?*
- *Terughoudend zijn in het bespreekbaar maken van hulp bij zelfdoding is wenselijk bij geven van goede zorg aan de cliënt. Hoe doe je dit als ervaringsdeskundige, zodat de cliënt zich toch gehoord voelt?*
- *Hoe ga je als ervaringsdeskundige om met suïcidale uitingen van deze groep cliënten?*
- *Hoe kan de ervaringsdeskundige zowel zorg- als rechtenethiek in een goede balans hanteren bij de ondersteuning van deze cliënten? Hoe overbrugt de ervaringsdeskundige de kloof tussen hulp en recht hierbij?*
- *Hoe kan de ervaringsdeskundige de 'cliënt HbZd' nabij zijn met gepaste afstand?*

Nadat ik in de volgende paragrafen de opbrengsten van mijn beknopte 'onderzoek' heb beschreven en me heb verdiept in het thema, kom ik terug op mijn handelingswijze in paragraaf 3.1. Met deze manieren van handelen, heb ik getracht antwoord te geven op de meeste bovenstaande vragen. Bovenstaande vragen hebben mij er toe gezet om kritisch na te denken over mijn inzet bij de ondersteuning van 'cliënten HbZd'.

2 Onderbouwing en beargumentering

2.1 Juridisch kader

Per 1 april 2002 is de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding van kracht. Kort genoemd de Euthanasiewet. Het verlenen van euthanasie of hulp bij zelfdoding is strafbaar volgens het Wetboek van Strafrecht (2002, artikel 294)⁵. Voor de arts die de hulp bij zelfdoding uitvoert en dit meldt, kan de strafbaarheid van het verlenen van hulp bij zelfdoding komen te vervallen (2002, artikel 293), mits die arts heeft voldaan aan de in deze wet gestelde zorgvuldigheidseisen⁶. De arts kan dus een beroep doen op deze bijzondere strafuitsluitingsgrond.

Het van kracht worden van deze eerder genoemde wet, heeft geleid tot wijzigingen in de richtlijn 'Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'. Zo is het woord 'protocol' gewijzigd in 'richtlijn'. Het moge duidelijk zijn dat het protocol als een pasklaar beoordelings- en gedragskader niet van toepassing is bij het verzoek om hulp bij zelfdoding. Het zou suggereren dat het een vaststaande handelingswijze betreft in alle gevallen. Zo ook voor het gedragskader van ervaringsdeskundigen die met dit onderwerp in aanraking komen.

Het laveren tussen hulp en recht levert in deze een spanningsveld op voor de ervaringsdeskundige. Aan de ene kant wordt de ervaringsdeskundige gevraagd om een vertrouwenwekkende hulpverlener te zijn, aan de andere kant dient hij zich te houden aan het beleid van de instelling en moet hij zich houden aan de collectieve regels. In paragraaf 2.4.3 vertel ik aan de hand van een voorbeeld uit de praktijk over het bewaken van de veiligheid van de 'cliënt HbZd' bij de ondersteuning van (suïcidale) 'cliënten HbZd'. In dit voorbeeld wordt dit spanningsveld duidelijk.

In januari 2016 kwam minister Schippers met de 'Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek publieksversie'. Deze handreiking is voortgevloeid uit de maatschappelijke discussie die is gevoerd in het voorjaar van 2013 over de betekenis en de waarde van de schriftelijke wilsverklaring. Middels deze handreikingen (er is een versie voor het publiek en een versie voor artsen), heeft de minister getracht meer duidelijkheid te verschaffen hierover. Echter, in de praktijk blijkt dat deze handreikingen nog niet zoveel duidelijkheid bieden. In de media is het geluid rondgegaan dat de euthanasiewet veranderd zou zijn, terwijl dat expliciet niet het geval is, aldus Nienke Nieuwenhuizen voorzitter van de artsenfederatie KNMG in de uitzending van EenVandaag van 26 februari 2016⁷.

In deze uitzending komt ook het dringende advies naar voren het verzoek om euthanasie tijdig kenbaar te maken. Een verzoek om hulp bij zelfdoding wordt in principe mondeling gedaan aan de behandelaar. Een schriftelijk verzoek om hulp bij zelfdoding (schriftelijke wilsverklaring) vervangt het mondelinge verzoek indien de cliënt dusdanig ziek is dat hij dit verzoek zelf mondeling niet meer kan doen. Als de arts op het moment zelf niet kan achterhalen of de wens om hulp bij zelfdoding nog bestaat, ondanks een aanwezige schriftelijke wilsverklaring, zal hij hulp bij zelfdoding niet uitvoeren.

Voor iemand met een psychische aandoening en een schriftelijke wilsverklaring ligt dit ingewikkeld. Als een arts hulp bij zelfdoding verleent, dient onder andere te zijn voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Het kan zo zijn dat de cliënt door zijn omgeving wordt beïnvloed, omdat zij de situatie van de cliënt ook als ondraaglijk en uitzichtloos ervaart. Daarnaast kan de omgeving uitspreken dat de zorg voor hun naaste met een psychische aandoening als een last op hen drukt. Dit kan het geval zijn bij cliënten die ernstige gedragsstoornissen vertonen door hun psychische aandoening. Indien de cliënt hiervan zelfbesef heeft, kan dit in belangrijke mate bijdragen aan de ondraaglijkheid van het lijden van de cliënt. Bij een dergelijke vorm van verminderde vrijwilligheid hoeft het niet zo te zijn dat het verzoek om hulp bij zelfdoding bij voorbaat wordt afgewezen.

⁵ Zie bijlagen 1.1 Bijlagen artikelen 293 en 294, zorgvuldigheidseisen en teksten van Mw. Schippers en Mw. Borst van TV-uitzending EenVandaag 26-02-2018 bij paragraaf 2.1

⁶ Zie bijlagen 1.1 Bijlagen artikelen 293 en 294, zorgvuldigheidseisen en teksten van Mw. Schippers en Mw. Borst van TV-uitzending EenVandaag 26-02-2018 bij paragraaf 2.1

⁷ In de bijlagen 1.1 vindt u de gesproken teksten terug van Mw. Schippers over de handreiking en Mw. Borst over de wilsverklaring van betreffende uitzending.

Zoals ik al eerder schreef, kan hulp bij zelfdoding alleen aan de orde zijn als de psychiater overtuigd is dat de cliënt daadwerkelijk dood wil. De psychiater moet de mate van wilsbekwaamheid beoordelen. Hij moet kunnen achterhalen of het besluit tot het doen van een verzoek om hulp bij zelfdoding door de cliënt weloverwogen is genomen. Er is sprake van zelfbeschikking als de cliënt vrij is van een gedwongen verzoek, een weloverwogen verzoek heeft gedaan en voldoende wilsbekwaam wordt geacht. Mijn ethische bewustwording over dit onderwerp, leest u in de paragrafen 2.4.4 en 3.2.

Tenslotte wil ik in het kader van recente juridische ontwikkelingen onder de aandacht brengen dat justitie vier strafrechtelijke onderzoeken gaat instellen naar mogelijke strafbare euthanasie. De regionale toetsingscommissie is in deze zaken tot de conclusie gekomen dat de arts niet heeft voldaan aan de zorgvuldigheidseisen. In het eerste geval gaat het om een 67-jarige vrouw met Alzheimer, die overleed in mei 2017. De eerste zorgvuldigheidseis wordt bij deze zaak in twijfel getrokken (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, 2014, artikel 2, lid 1). De vraag of dat mevrouw een weloverwogen en vrijwillig verzoek heeft gedaan, kan volgens de commissie niet worden aangetoond. Een ander geval betreft een 84-jarige vrouw die haar leven als uitzichtloos ervoer door verschillende lichamelijke aandoeningen. Bij deze mevrouw wordt de vierde zorgvuldigheidseis in twijfel getrokken (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, 2014, artikel 2, lid 1). Volgens de commissie heeft de arts niet kunnen aantonen dat er geen andere oplossingen waren om het lijden van mevrouw draaglijk te maken. Daarnaast is er euthanasie verleend aan een 72-jarige vrouw met uitgezaaide onbehandelbare kanker. Ook in dit geval wordt de zorgvuldigheidseis genoemd onder a artikel 2, lid 1 in twijfel getrokken. Tenslotte onderzoekt het OM de dood van een 84-jarige vrouw die beperkt was in haar bewegingsvrijheid door longemfyseem. Deze vrouw was in het bezit van een euthanasieverklaring. Voor dit onderzoek wordt de tweede zorgvuldigheidseis onder de loep genomen waarbij er sprake moet zijn van uitzichtloos lijden. Volgens de toetsingscommissie zou er te lichtvaardig over deze uitzichtloosheid zijn geoordeeld door de arts.

Sinds dat de wet van kracht is gekomen in 2002 is er nog maar één keer eerder een onderzoek gestart door het OM. Dat gebeurde vorig jaar en dat onderzoek loopt nog.

2.2 Politiek kader en recente ontwikkelingen

Minister De Jonge van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, wil in gesprek met de Coöperatie Laatste Wil⁸ over hoe ver het recht op zelfdoding precies mag gaan. CLW faciliteert haar leden in de aankoop van een dodelijk poeder. Zij wil bewerkstelligen dat mensen met een doodswens het besluit in eigen hand kunnen nemen met een humaan werkend laatste-wil-middel. Het middel zou op een legale manier kunnen worden verkregen, zonder toetsing of tussenkomst van een arts, begeleider of consulent. Volgens minister De Jonge is dit ongewenst, onverantwoord en mogelijk strafbaar. Daarnaast sprak premier Rutte uit: "Ik denk dat het uiterst onwenselijk is dat dit spul in omloop is". Er is veel discussie over het verstrekken van dit dodelijke middel. De CLW is bang dat minister De Jonge het middel gaat verbieden.

Om in aanmerking te komen voor het dodelijke middel, dien je minimaal 6 maanden lid te zijn van CLW. Daarna dien je deel te nemen aan een verplichte informatiebijeenkomst. Eén persoon koopt vervolgens het poeder en verspreidt dit onder de leden. Het middel wordt samen met een kluisje geleverd voor €180. Elk lid krijgt 2 gram van het middel. Dit is voldoende voor het beëindigen van één leven. Uit een onderzoek van EenVandaag (2016) onder haar opiniepanel blijkt dat 44% van de deelnemers een voorstander zijn voor het kunnen verkrijgen van het dodelijke poeder. Daar tegenover staat een percentage van 43 van deelnemers die tegen het kunnen verkrijgen van het poeder zijn. Ze vinden dat het poeder te gemakkelijk verkrijgbaar is en dat er misbruik van wordt gemaakt. Mensen kunnen het innemen in een opwelling.

Volgens Marian Verkerk (2018) Hoogleraar Zorgethiek, worden er andere waarden van de samenleving vergeten in deze discussie, zoals bv. de beschermwaardigheid van het menselijk leven. Een samenleving die behoedzaam omgaat met levensbeëindiging. Het is een andere keuze dan andere vrije keuzes. Het is onomkeerbaar. De mogelijkheden zijn zeker aanwezig volgens haar in de huidige euthanasiewet om op autonome wijze een verzoek te doen om hulp bij zelfdoding.

⁸ Vervolgens in de tekst afgekort met CLW.

Vooralsnog sluit ik me bij de visie van minister De Jonge en hoogleraar zorgethiek Marian Verkerk aan, dat ik het niet verantwoordelijk vindt een dergelijk poeder vrij beschikbaar te stellen. De grilligheid van een psychische aandoening kan ertoe bijdragen dat suïcidale cliënten in een impuls zichzelf van het leven willen beroven. Bij suïcidaliteit is impulsiviteit een predisponerende factor. Controleverlies hierbij speelt een grote rol (Kerkhof, 2016). Indien er een dergelijk poeder makkelijk beschikbaar is, ben ik bang dat het suïcidedcijfer zal stijgen.

De actuele ontwikkelingen rondom het verbieden van een dergelijk dodelijk poeder gaan razendsnel. Zo werd op 23 maart jongstleden in een aflevering van Nieuwsuur bekend gemaakt dat het OM een stafrechtelijk onderzoek is gestart naar CLW. CLW heeft inmiddels 23.000 leden die op een pijnloze manier willen sterven op een door hen zelf gekozen moment. Volgens het OM zijn leden het dodelijke poeder aan het bestellen en stelt dat hulp bij zelfdoding strafbaar is. Het OM heeft CLW gevraagd al hun activiteiten rondom het beschikbaar stellen van het middel onmiddellijk te staken. Hetgeen CLW momenteel doet, is volgens het OM in strijd met de euthanasiewet. Voorzitter Petra de Jong zegt in dezelfde uitzending dat CLW al haar activiteiten zal opschorten. Het bestuur van CLW gaat in gesprek met het OM. Mevrouw De Jong hoopt tijdens dit gesprek ingangen te vinden. Ze wil het voor haar leden mogelijk maken op een zelfgekozen moment het levenseinde in eigen hand te kunnen nemen door gebruik van een humaan levenseindemiddel. Zij spreekt over mensen die rust kunnen krijgen door de wetenschap dat zij op hun oude dag over het middel kunnen beschikken. Tegelijkertijd zegt zij dat er ook gekeken moet worden naar de volgens haar kwetsbare groep mensen. Zij zegt dat het niet de oplossing zal zijn om 'verboden uit te spreken', omdat de maatschappelijke discussie en wens op beschikking van het eigen levenseinde blijft bestaan.

Tenslotte wil ik deze paragraaf eindigen met het benoemen van het wetsvoorstel van D66. Eind 2016 lanceerde de partij het initiatiefwetsvoorstel Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek. Met deze wet wil D66 dat mensen vanaf 75 jaar voor een waardige en een zelfgekozen dood kunnen kiezen als zij 'lijden aan een voltooid leven'. Volgens hoogleraar Politieke Filosofie Paul Nieuwenburg (2017) is de wet slecht onderbouwd en innerlijk tegenstrijdig. Hij noemt een aantal kritiekpunten in het artikel 'Initiatiefwet Waardig Levenseinde rammelt' op de site van de Universiteit Leiden. Omdat dit onderwerp in relatie tot euthanasie buiten het bestek valt van mijn thema, heb ik het niet verder uitgewerkt.

2.3 Maatschappij kritisch kader

De psychiaters Bram Bakker en Esther van Fenema zijn in november 2017 een handtekeningenactie gestart. Zij willen handtekeningen verzamelen van psychiaters die ook bezorgd zijn over het huidige euthanasiebeleid. Zij reageerden hiermee op een uitzending van EenVandaag in dezelfde maand waarin psychiaters het beleid van de Levenseindekliniek bekritiseerden. Gerenommeerd hoogleraar Jim van Os, psychiater Frank Koerselman en voorzitter van de NVvP⁹ Damiaan Denys spraken in de uitzending hun zorgen uit over de verruiming van de interpretatie van de euthanasiewet bij psychiatrisch patiënten. Zo zei Frank Koerselman in de uitzending zich buigend over een dossier waarin de behandelmogelijkheden nog niet waren uitgeput: "Als dit allemaal kan, tja dan kan ik alle psychiatrische patiënten wel dood gaan maken zodra ze dat vragen. Het is nogal wat. Ik vind het verschrikkelijk." Volgens Damiaan Denys is euthanasie geen oplossing, maar de onmogelijkheid van een oplossing.

Mijn inziens een zorgelijke ontwikkeling, omdat niet in alle gevallen alle behandelmogelijkheden zijn geprobeerd, zoals volgens richtlijnen is voorgeschreven. In sommige gevallen was er zelfs geen sprake van uitzichtloos lijden volgens Frank Koerselman, die dossiers van cliënten heeft bestudeerd. Daarnaast was er een aantal dossiers waarbij de SCEN¹⁰-arts tot een andere beoordeling kwam dan de psychiater van de levenseindekliniek. Toch verleende de behandelend arts hulp bij zelfdoding. Op zijn minst een opvallend besluit van betreffende arts van de Levenseindekliniek. Hij zal dan goed moeten kunnen uitleggen waarom hij desondanks toch tot een andere conclusie is gekomen dan de SCEN-arts. Volgens de wet is consensus tussen de behandelend arts en de SCEN-arts geen voorwaarde om te komen tot hulp bij zelfdoding.

⁹ NNvP: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

¹⁰ SCEN staat voor 'Steun en consultatie bij euthanasie'.

Een ander kritisch geluid komt van de NVvP en de Levenseindekliniek. Zij kunnen de vraag naar euthanasie bij psychiatrische patiënten niet aan. Zij vinden dat psychiaters hun verantwoordelijkheid moeten nemen en niet te makkelijk moeten doorverwijzen, aldus Steven Pleiter bestuurder van de Levenseindekliniek. Het zou onderdeel van een goede behandeling moeten zijn dat de behandelend arts zelf het verzoek oppakt, het verzoek van de patiënt serieus neemt en de vraag gaat onderzoeken. Hierdoor voelt de cliënt zich gehoord en serieus genomen.

Tenslotte wil ik in deze paragraaf graag de Stichting Euthanasie in de Psychiatrie benoemen. Zij hebben als doel de doodswens van cliënten met een psychische aandoening bespreekbaar te maken. Daarnaast streven zij de bevordering van een menswaardig sterven bij ondraaglijk geestelijk lijden na. Het andere doel van hen is te stimuleren dat naasten worden betrokken bij de behandeling en het traject waarbij een verzoek is gedaan om hulp bij zelfdoding. Ik kan me deels vinden in de doelen die de stichting zich stelt. Ik vind het doel: *'het bevorderen van een menswaardig sterven bij ondraaglijk lijden'* te kort door de bocht. Het lijkt erop dat de zorgvuldigheidseisen gedeeltelijk buiten beschouwing worden gelaten door alleen het ondraaglijk lijden en een gebrek aan adequate behandeling te benoemen in de tekst op de website van de stichting. Er wordt op de website niets geschreven over zorgvuldigheidseis 1 waarbij er sprake dient te zijn van een weloverwogen en vrijwillig verzoek van de cliënt. Ik ben het met de stichting eens dat verzoeken om hulp bij zelfdoding serieus moeten worden genomen, bespreekbaar moeten worden gemaakt en dat cliënten hierin gehoord moeten worden. Dit laat in de praktijk nogal eens te wensen over. Ik kom hierop terug in paragraaf 3.2.

Nadat ik mijn beknopte onderzoek heb gedaan naar visies over het omgaan met het verzoek tot zelfdoding, kom ik tot de conclusie dat er drie visies binnen de maatschappij lijken te bestaan:

- Er is een groep mensen die principiële ethische bezwaren heeft tegen hulp bij zelfdoding aan mensen met een psychische aandoening;
- De tweede groep mensen pleit voor voorzichtigheid, nauwkeurigheid en terughoudendheid bij het uitvoeren van het euthanasiebeleid, maar wijst hulp bij zelfdoding niet principieel af;
- Tenslotte pleit een groep mensen te allen tijde voor autonomie en zelfregie bij het kunnen bepalen van hun eigen levenseinde.

In hoofdstuk 4 zal ik nader uiteen zetten tot welke visie ik voor mezelf op dit moment ben gekomen. Ik sluit niet uit dat mijn visie aan verandering onderhevig is, mocht er op het vlak van euthanasie binnen de psychiatrie tot nieuwe inzichten worden gekomen in wetgeving en/of op het vlak van overige maatschappelijke ontwikkelingen. Daarnaast komen er steeds meer betere behandelingen voor mensen met psychische aandoeningen, waardoor hopelijk hulp bij zelfdoding in de toekomst steeds minder nodig zal zijn.

2.4 Ethische bewustwording

De discretionaire ruimte bij de arts om niet in te gaan op het verzoek tot het geven van volledige en juiste informatie van informatie over hulp bij zelfdoding blijkt in de praktijk aanwezig te zijn. Mede, omdat dit niet in de wet staat voorgeschreven. Artsen kunnen wegens gewetensbezwaren niet ingaan op het verzoek van de cliënt. Echter, zijn zij dan wel verplicht om dit altijd met de cliënt te bespreken en ook te benoemen wat de mogelijkheden zijn voor de cliënt. Echter, heeft de psychiater geen verwijsplicht naar een psychiater die hulp bij zelfdoding niet principieel afwijst (Tholen, et al., 2009). Daartegenover staat dat er:

“...zo nodig bereidheid zal moeten zijn bij de psychiater, om de patiënt enige hulp te verlenen bij het vinden van een andere psychiater” (Tholen, et al., 2009, pp. 26-27).

Sommige instellingen hebben het protocol van doorverwijzing naar een collega bij principiële of persoonlijke bezwaren opgenomen in hun beleid. Instelling GGZ inGeest is hier een voorbeeld van. Geneesheer-directeur Paulan Stärcke zegt hier het volgende over:

“Elke psychiater moet het serieus kunnen bespreken. Volgens de wet mag je als arts euthanasie uitvoeren en dan kun je als instelling niet zeggen dat je dat niet doet” (*Relevant*, 39(2), 2013, p. 4).

Tevens kan mevrouw Stärcke invoegen bij de behandeling van een cliënt als er geen andere psychiater bereid wordt gevonden om hulp bij zelfdoding in overweging te nemen.

In de euthanasiewet en de richtlijn is er dus blijkbaar ruimte voor de psychiater om naar eigen inzicht een interpretatie te geven aan de wet en de richtlijn voor wat betreft de doorverwijzing naar een collega. In hoeverre zal de psychiater die principiële bezwaren heeft tegen hulp bij zelfdoding, de

cliënt informeren over de mogelijkheden? Daarnaast zal de psychiater 'bereid moeten zijn enige hulp te verlenen bij het vinden van een andere psychiater'. Het woordje 'enige' vind ik in dergelijke situaties discutabel. Wanneer voldoet de psychiater aan deze 'enige' genoemde 'bereidheid'? Daarnaast vraag ik me af in hoeverre de psychiater met principiële bezwaren op zoek gaat naar een onafhankelijke collega psychiater, waarvan hij niet weet of hij principiële bezwaren heeft. Zal hij doorverwijzen naar een psychiater die hulp bij zelfdoding ook principieel afwijst? Ik had het rechtvaardiger gevonden als in zowel de euthanasiewet als in de richtlijn hierover meer duidelijke objectieve regels waren opgenomen, die zich minder zouden lenen voor multipele interpretatie.

Naast dat recht de wetgeving omvat, heeft het ook een morele betekenis. Wetten zouden eerlijk, oprecht, precies en goed moeten zijn. Het zou moeten aansluiten bij de rechtvaardigheidsgevoelens van degene voor wie de wet is bedoeld (Savornin Lohman & Raaff, 2008). Het zou kunnen zijn dat de 'cliënt HbZd' ervaart dat de norm van de euthanasiewet, die wordt toegepast door de behandelend arts, niet aansluit bij zijn rechtvaardigheidsgevoelens. Dat de behandelend arts zijn discretionaire ruimte dusdanig inricht, dat de 'cliënt HbZd' zich hierin niet kan vinden, omdat de arts het verzoek vanuit persoonlijke ethische bezwaren principieel afwijst. Indien de behandelend arts hierover niet in gesprek gaat met betreffende 'cliënt HbZd', is de kans aanwezig dat de 'cliënt HbZd' de wet niet als zinvol ervaart. Er ontstaat dan, mijn inziens een zeer ongewenste situatie. Het zou kunnen zijn dat de 'cliënt HbZd' geen verbinding meer voelt met de euthanasiewet. Het lijkt mij dat dit ertoe kan leiden dat de 'cliënt HbZd' op zoek gaat naar meer destructieve 'oplossingen' voor zijn lijden. Ik vind dat we als hulpverlener kien moeten zijn op dit soort situaties, zodat mogelijke suïcides kunnen worden voorkomen.

2.4.1 Waarde menswaardig handelen

Indien een baby ter wereld komt, zijn er al veel hulpverleners en deskundigen bij het proces van zwangerschap tot aan geboorte betrokken geweest. Men komt automatisch in aanraking met publieke voorzieningen. Bij een verzoek om hulp bij zelfdoding is dat een ander verhaal. Net als bij 'ondergebruik' dat plaatsvindt bij de sociale zekerheid, omdat men door de vele regels door de bomen het bos niet meer ziet (Savornin Lohman & Raaff, 2008). Cliënten weten vaak niet waar ze recht op hebben. De hulpverlener of psychiater die meer duidelijkheid kan geven aan de cliënt, kunnen zich wegens eigen normen en waarden terughoudend opstellen, waardoor de cliënt niet zorgvuldig en volledig wordt geïnformeerd over de mogelijkheden in relatie tot hulp bij zelfdoding. Dit zou suïcide in de hand kunnen werken. Overigens is dat moeilijk te bepalen, omdat we niet weten of degene die overlijdt aan hulp bij zelfdoding, zich alsnog van het leven had beroofd als deze hulp niet was geboden. De meeste suïcides vinden in een opwelling plaats, waardoor het openen van de mogelijkheid dat een arts hulp verleend bij zelfdoding niet significant zal bijdragen aan de terugdringing van het aantal suïcides (Tholen, et al., 2009). Ik acht het zinvol om volgens de richtlijn menswaardig te handelen. Daar bedoel ik mee dat als een arts voldaan heeft aan de zorgvuldigheidseisen en na een zorgvuldige beoordeling tot de overtuiging komt dat hulp bij zelfdoding toelaatbaar is, de cliënt niet aan zijn lot mag overlaten. Mijn visie sluit in deze bij de richtlijn aan waarin wordt vermeld dat de arts in een dergelijke situatie moet bevorderen dat zelfdoding op een humane wijze plaatsvindt.

Indien een cliënt zijn wens tot hulp bij zelfdoding uitspreekt kan er ook sprake zijn van 'reconstructing the client' zoals Savornin Lohman en Raaff (2008) dit verschijnsel noemen. Cliënten die geschikt zijn voor de hulpverlening worden geholpen en de meest hulpeloze cliënten niet. In deze context moet mijn inziens goed beoordeeld worden waar het verzoek om hulp bij zelfdoding vandaan komt. Het kan zo zijn dat de cliënt gedemoraliseerd is geraakt door 'onvoldoende' of zelfs 'verkeerde' behandeling. Daarnaast is er wellicht sprake van een verstoorde behandelrelatie die onopgemerkt is gebleven. Hierin kan een ervaringsdeskundige een rol spelen door samen met de cliënt de behandeling kritisch onder de loep te nemen. Zij kunnen samen op zoek gaan naar de vraag achter de vraag die ten grondslag ligt aan het verzoek tot hulp bij zelfdoding. Daar waar mogelijk, zou de ervaringsdeskundige met zijn inbreng een aanjager kunnen zijn om de herstelondersteunende zorg te verbeteren.

2.4.2 Waarden open- en eerlijkheid

Open- en eerlijkheid zijn voor mij belangrijke waarden in het leven. Echter, zoals ook in de richtlijn is beschreven, wordt geadviseerd terughoudend te zijn in het bespreekbaar maken van het verzoek tot

hulp bij zelfdoding. Deze terughoudendheid raakt voor mij enigszins in conflict met de waarden waar ik waarde aan hecht. Graag wil ik de 'cliënt HbZd' goed voorlichten, maar tegelijkertijd niet de wens aanwakkeren om tot hulp bij zelfdoding over te gaan. Om hierin het goede te doen, is het wellicht zinvol terug te grijpen op mijn ervaring in de ondersteuning van suïcidale cliënten en mijn eigen ervaring met herstel van mijn suïcidaliteit. Volgens de 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' is het belangrijk eventuele aanwezige suïcidaliteit bespreekbaar te maken en te houden, zodat de cliënt uit de 'entrapment' kan blijven (Van Hemert et al., 2012, p.12). Entrapment betekent dat iemand in een psychologische fuik terecht komt en geen andere oplossingen meer kan bedenken voor zijn problemen dan de dood. Iemand krijgt een zogenoemde kokervisie met oogkleppen op. Indien iemand zich in een dussdanige toestand bevindt, gaat hij zich afsluiten en maakt steeds minder contact. Wat mij betreft is contact maken en behouden (!) de eerste interventie bij suïcidaliteit en wat mij betreft wellicht ook bij 'cliënten HbZd'.

De vragen die ik mezelf stel voortvloeiend uit mijn ethische overwegingen bij de ondersteuning van 'cliënten HbZd', zijn de volgende:

- *Hoe kan ik goed in contact blijven met de cliënt en me toch terughoudend opstellen in het bespreekbaar maken van het verzoek om hulp bij zelfdoding?*
- *Hoe kan ik ruimte maken voor de cliënt, zodat hij zijn gedachtegangen en wensen omtrent zijn verzoek om hulp bij zelfdoding bespreekbaar maakt?*
 - *Geef ik bijvoorbeeld de 'cliëntHbZd' informatie over de 'Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek (2016)' of juist niet?*

Vooralsnog heb ik geen sluitende antwoorden op bovenstaande vragen en zal ik voor beantwoording van de eerste twee vragen zoveel mogelijk de richtlijn volgen en putten uit mijn ervaring in de ondersteuning van 'cliënten suïcidaliteit'. Echter, de richtlijn is geschreven voor psychiaters die tot een besluit moeten komen indien de 'cliënt HbZd' een verzoek doet om hulp bij zelfdoding. De ervaringsdeskundige daarentegen heeft een andere rol in de ondersteuning van de 'cliënt HbZd'. Helaas is daarover nog weinig literatuur en ervaringskennis beschikbaar, maar wellicht een interessant te ontginnen terrein.

2.4.3 Zicht op discretionaire ruimte in relatie tot 'drang en dwang'

Tenslotte stel ik mezelf nog deze laatste vraag voortvloeiend uit mijn ethische overwegingen bij de ondersteuning van 'cliënten HbZd':

- *Wat zijn mijn ethische overwegingen in relatie tot 'drang en dwang' bij de ondersteuning van 'cliënten HbZd'? Hoe zet ik mijn discretionaire ruimte daarbij in en wanneer is het legitiem om de 'macht' die ik heb als ervaringsdeskundig begeleider te gebruiken?*

Voor wat betreft de beantwoording van de laatst genoemde vraag, blijf ik de veiligheid van de cliënt nauwlettend in het oog houden. Uit schaamte verzwijgt men vaak zijn psychische aandoening en suïcidale ideaties. Men is bang om afgewezen te worden, in een isolement te raken of te worden vermeden door anderen (Thornicroft, et al., 2009; Lasalvia, et al., 2013). In de praktijk merk ik dat cliënten zich ten opzichte van mij als 'ervaringsdeskundige suïcidaliteit' open durven op te stellen over hun suïcidale ideaties. Door de (h)erkenning voelen zij zich begrepen en lijkt de schaamte meer op de achtergrond te staan. Dit wil niet zeggen dat ik de veiligheid van de suïcidale cliënt parkeer om koste wat het kost een goede werkrelatie te handhaven. Ik probeer altijd met de cliënt afspraken te maken over zijn veiligheid. Deze afspraken maak ik op basis van vertrouwen. Hiermee bedoel ik dat de cliënt erop mag vertrouwen dat ik niet direct een ambulance bel als hij over zijn suïcidale ideaties praat. Daar staat tegenover dat ik van de cliënt verwacht en daarbij het vertrouwen wil krijgen, dat hij er alles aan zal doen om zijn situatie veilig te houden. Ik wil hem daarbij met liefde ondersteunen door bijvoorbeeld samen een veiligheidsplan of in mijn functie als Consulent Crisiskaart een crisiskaart¹¹ op te stellen. Ik zal tijdens mijn begeleiding de cliënt op respectvolle wijze aansturen hieraan mee te werken. Ik vertel de cliënt dat als ik de situatie onveilig acht, ik mijn verantwoordelijkheid als ervaringsdeskundig begeleider zal nemen. Dit zou kunnen betekenen dat ik in gesprek ga met de regiebehandelaar of psychiater en mijn zorgen uit over de betreffende situatie. Ik ben me ervan bewust dat een dergelijke actie mijnerzijds in een enkel geval, zou kunnen leiden tot de voordracht

¹¹ Zie voor nadere informatie m.b.t. het veiligheidsplan en de crisiskaart de volgende websites:

<https://www.113.nl/zelfhulp/veiligheidsplan>

<https://www.crisiskaart.nl/>

van een IBS door de psychiater aan de burgemeester, om het grote risico op suïcide af te wenden. Het valt buiten het bestek van deze opdracht om in detail te beschrijven hoe ik bij een dergelijke casus handel. Tevens zal het per casus verschillend zijn, omdat in dergelijke gevallen een groot beroep wordt gedaan op mijn creativiteit, zodat ik passende zorg kan leveren, waarbij maatwerk niet uitzonderlijk zal zijn. Graag kom ik daarop terug in het referaat, mocht u daar vragen over hebben. Hierbij wil ik nog benoemen dat ik me in dergelijke situaties telkens opnieuw zal afvragen of ik moreel correct handel. Heb ik mijn 'macht' op een juiste manier gebruikt en heb ik het ingezet om 'het goede' voor elkaar te krijgen? Werken met *'drang en dwang'* in een dergelijke situatie vraagt van mij optimale alertheid.

Het kan de 'cliënt HbZd' een breder perspectief geven op zijn rechten en plichten in relatie tot drang en dwang door hem goed te informeren en over zijn rechten en plichten in gesprek te gaan. Ik acht hierin een rol weggelegd voor de ervaringsdeskundige. Zie hiervoor het principe van *stepped care* in paragraaf 3.1, waarin ik een aanbeveling doe over de manier waarop ik 'cliënten HbZd' hierover informeer.

Tenslotte wil ik in het kader van 'drang en dwang' het gebruik van non-suïcidecontracten nader toelichten. In de klinische praktijk maakt men soms gebruik van non-suïcidecontracten (zie bijlage 1.2 voor nadere uitleg over suïcidecontracten). Dit zou tijdens een traject naar hulp bij zelfdoding een interventie kunnen zijn van de psychiater. Mijn inziens is dit een interventie waarin 'schijnveiligheid' wordt geboden aan de (suïcidale) 'cliënt HbZd', indien de psychiater het non-suïcidecontract niet op de juiste wijze inzet. Het zou op een goede manier gebruikt kunnen worden om afspraken te maken als middel om suïcidaliteit bespreekbaar te maken. Daar is het contract in beginsel voor bedoeld.

In een onderzoek naar de werkwijze van de Inspectie voor de Gezondheidszorg werden 505 meldingen van suïcide aan de inspectie onderzocht. Bij 23,3 % van de onderzochte dossiers werd melding gemaakt van een non-suïcidecontract, voordat de suïcide had plaatsgevonden (De vries, Huisman, Kerkhof & Robben, 2008). In de analyse van de meldingen van suïcide was opmerkelijk dat behandelaars nogal eens verbaasd waren dat de cliënten, ondanks het ondertekende suïcidecontract, zich hadden gesuïcideerd.

In een studie onder verpleegkundigen met ervaringen met het non-suïcidecontract waren hun bevindingen positief. Het werd gezien als een goed interventiemiddel om het suïciderisico te kunnen monitoren en het kunnen aangaan van een goede therapeutische relatie. Echter, werd het contract ook ingezet om schuld- en angstgevoelens onder de verpleegkundigen te verminderen, of bij gebrek aan tijd en andere adequate interventies. In hetzelfde onderzoek werden patiënten ondervraagd naar hun ervaringen met het non-suïcidecontract. Hieruit kwam naar voren dat patiënten die meerdere suïcidepogingen hadden ondernomen in het verleden, zich belemmerd voelden open te communiceren over hun suïcidaliteit. Daarnaast wekte het contract bij hen de indruk dat zij onder alle omstandigheden zélf verantwoordelijk waren voor onveilige situaties (Farrow, Simpson & Warren 2002). Patiënten die onlangs een crisis hadden doorgemaakt met suïcidale ideaties voelden zich gedwongen een non-suïcidecontract af te sluiten. Daarnaast waren zij bang voor de consequenties als zij zouden weigeren een contract aan te gaan.

Als ervaringsdeskundige suïcidaliteit heb ik de laatstgenoemde angst aan den lijve ondervonden. Ik voelde me destijds gedwongen het door mijn behandelaar aan mij voorgelegde non-suïcidecontract te ondertekenen, omdat er anders niet kon worden gestart met behandeling. Het ondertekenen van het non-suïcidecontract riep bij mij een vorm van geanticipeerd stigma op. Gedachten als: 'Wat als ik niet kan voldoen aan dit contract, omdat me opeens de controle op het leven ontglipt?', hielden me bezig en droegen niet bij aan mijn herstel. Sterker nog, ik ontwikkelde schuldgevoelens, omdat ik mezelf een leugenaar vond. Ik ondertekende het contract, omdat ik in aanmerking wilde komen voor behandeling. Niet omdat ik overtuigd was van het feit dat ik mezelf niet zou suïcideren. Dat laatste was juist een onderdeel van mijn hulpvraag. Voor mij is het vragen een non-suïcidecontract te ondertekenen aan iemand met suïcidale ideaties, min of meer hetzelfde als vragen aan iemand met Anorexia Nervosa (meer) te gaan eten voordat de behandeling kan starten. Dit doen we ook niet. Laten we dus vooral in het contact met de (suïcidale) 'cliënt HbZd' ruimte maken voor diens gedachten en gevoelens, hoe bizar die ook mogen zijn. Hoe beter we belangstelling en begrip kunnen opbrengen voor de radeloosheid en wanhoop van de suïcidale 'cliënt HbZd' en contact kunnen maken, hoe preventiever het effect is van de behandeling tegen suïcide (Huisman, Van Houwelingen & Kerkhof, 2016).

Uit eigen ervaring en bovengenoemd onderzoek blijkt dat non-suïcidecontracten kunnen bijdragen aan zelfstigma. Ik sluit me dan ook aan bij de conclusie van De vries, Huisman, Kerkhof en Robben (2008) in hun artikel: 'Het non-suïcidecontract: een riskant ritueel' in het vaktijdschrift voor de psychiatrie, terughoudend te zijn in de toepassing van deze methode.

Voor de overige ethische overwegingen, die ik belangrijk vind mee te nemen bij de ondersteuning van 'cliënten HbZd', verwijs ik u naar paragraaf 3.1, waarin ik deze overwegingen heb beschreven binnen mijn gedrags- en handelingskader.

2.4.4 Waarde zelfbeschikking

Het verzoek om hulp bij zelfdoding kan alleen door de persoon zelf worden gedaan als hij wilsbekwaam is. Deze wilsbekwaamheid wordt bepaald door de behandelend psychiater. Het kan lastig zijn voor de psychiater om te bepalen of iemand wilsbekwaam is. Door de psychische aandoening kan iemand op het ene moment een weloverwogen beslissing nemen en de gevolgen daarvan overzien en op het andere moment niet. Zie hiervoor de uitzending van 16 februari 2016 van DWDD als een reactie op de documentaire van de Levenseindekliniek¹². In deze uitzending wordt de eerste zorgvuldigheidseis, waarin staat dat er sprake moet zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek, van mevrouw Goudriaan bediscussieerd. Zij deed een verzoek om euthanasie. Victor Lamme, hoogleraar cognitieve neurowetenschap aan de Universiteit van Amsterdam, Steven Pleiter, directeur van de Levenseindekliniek en de arts Remco Verwer gaan hierover samen in gesprek. In deze discussie is te zien hoe ingewikkeld het is om deze zorgvuldigheidseis goed te interpreteren en te toetsen. De verschillende visies hierop worden uiteengezet in dit praatprogramma.

Het kan ook voorkomen dat de 'cliënt HbZd' zichzelf in staat acht weloverwogen besluiten te nemen, maar dat de hulpverlener een andere mening is toegedaan. Overleg is dan van groot belang. Hierin zou een ervaringsdeskundige haar discretionaire ruimte kunnen benutten door te fungeren als een soort van 'tolk' tussen de hulpverlener en de cliënt. In sommige praktijkvoorbeelden komt het voor dat de cliënt zich onbegrepen voelt door de hulpverlener. Een ervaringsdeskundige zou mogelijk helderheid kunnen geven bij zowel de hulpverlener als de cliënt, doordat de ervaringsdeskundige zowel de taal spreekt van de hulpverlener als van de cliënt. Uitgangspunt hierbij moet blijven dat de 'cliënt HbZd' zelf beslist. De hulpverlener zal dan opnieuw moeten beoordelen of de 'cliënt HbZd' weloverwogen beslissingen zelfstandig kan nemen. Ook bij dit proces zie ik een rol voor de ervaringsdeskundige weggelegd. Er kan bij de hulpverlener namelijk sprake zijn van de zogenaamde 'clinician bias'. Vooral hulpverleners op crisisafdelingen en in de eerstelijns zorg krijgen hiermee te maken. Deze groep hulpverleners zien in verhouding met hun collega's, vooral cliënten op de meest zorgelijke momenten. Hierdoor kan een vertekend beeld (clinician bias) ontstaan bij deze groep, omdat zij veel minder vaak herstelde of herstellende cliënten zien (Thornicroft et al., 2007). Deze bias zou invloed kunnen hebben op hun beoordelingsvermogen of iemand wilsbekwaam wordt geacht. Ik denk dat alertheid bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid in dit soort situaties zeer gewenst is.

Zoals reeds in paragraaf 2.2 beschreven, zet minister De Jonge zijn vraagtekens bij het kunnen en mogen beslissen over het eigen levenseinde. Vanuit de maatschappij komen de signalen dat mensen eigen regie willen behouden over hun leven, maar ook over hun levenseinde. In paragraaf 3.2 geef ik mijn uiteindelijke visie over deze zelfbeschikking, na deze in dezelfde paragraaf te hebben onderbouwd.

¹² Klik op bijgaande link voor de uitzending <https://dewerelddraaitdoor.bnnvara.nl/media/353456>. (indien u niet de betreffende uitzending te zien krijgt middels bovenstaande link, klik dan nogmaals op deze link. De uitzending wordt in tweede instantie wel getoond.)

3 Strategische en praktische keuzes

In de ondersteuning van de 'cliënt HbZd' zal de 'ervaringsdeskundige suïcidaliteit/HbZd' emotioneel geraakt worden, omdat de doodswens goed invoelbaar kan zijn. Dit kan de ervaringsdeskundige belemmeren in zijn professionaliteit. Het is dus zaak dat de 'ervaringsdeskundige suïcidaliteit/HbZd' zich hiervan bewust is. Er zal steeds naar een balans moeten worden gezocht tussen gevoel en ratio. Volgens Savornin Lohman en Raaff (2008) zouden zelfkennis, professionaliteit, super- en intervisie en zelfreflectie daarbij vanzelfsprekend moeten zijn.

22 februari 2018 had ik telefonisch contact met Annemiek Huisman¹³ aangaande het onderwerp voor dit referaat. Ik vroeg naar haar visie omtrent de professionele bijdrage van ervaringsdeskundigen aan een traject waarbij een cliënt een verzoek heeft gedaan om hulp bij zelfdoding. In het betreffende telefoongesprek zei Annemiek dat ondersteuning van een ervaringsdeskundige volgens haar in een dergelijk traject mogelijk wenselijk zou kunnen zijn. "Een 'ervaringsdeskundige suïcidaliteit/HbZd' kan een belangrijke voorbeeldfunctie bekleden en het levende bewijs zijn dat het alsnog goed kan komen en de dood niet de oplossing hoeft te zijn", aldus Annemiek. Vooralsnog worden volgens haar ervaringsdeskundigen in dergelijke situaties ad hoc en op beperkte schaal ingezet. Zij pleit ervoor om de doodswens bespreekbaar te maken en te houden en tegelijkertijd deze terughoudend met openheid tegemoet te treden. Volgens haar is het tevens belangrijk dat de ondersteuning van een ervaringsdeskundige bij dergelijke trajecten geen routine voor de ervaringsdeskundige wordt, zodat de compassie gewaarborgd blijft. Ze vraagt zich daarbij af wat deze ondersteuning met de emotionele belasting doet van betreffende ervaringsdeskundige. Daarnaast geeft ze het advies om als ervaringsdeskundige goed je eigen standpunt te onderzoeken, zo objectief mogelijk te blijven en je niet te laten leiden door je eigen standpunt. Tenslotte zegt ze dat een ervaringsdeskundige een verbindende rol op zich zou kunnen nemen bij het bespreekbaar maken van zelfdoding met naasten van 'cliënten HbZd' (persoonlijke communicatie, 22 februari 2018).

3.1 Hoe te handelen als ervaringsdeskundige in de praktijk in de ondersteuning van cliënten die een verzoek om zelfdoding doen

Op basis van mijn beknopte (theoretische) onderzoek voor dit referaat kom ik tot de volgende besluiten voor mijn gedragskader in de omgang met 'cliënten HbZd'. Wellicht zijn deze ook zinvol voor andere ervaringsdeskundigen of op z'n minst het overwegen waard:

- Ik ben eerlijk, oprecht en empathisch naar de 'cliënt HbZd' vanuit een presente houding. Ik toon hem barmhartigheid en compassie en laat hem niet aan zijn lot over. Ik ben terughoudend in het bespreekbaar maken van hulp bij zelfdoding. Ik ga altijd uit van de onderliggende vraag van de 'client HbZd' dat het gaat om een verzoek bij levenshulp;
- Ik lees de theorie van de 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' (Tholen et al., 2009), zodat ik weet vanuit welk beoordelings- en gedragskader de behandelend arts te werk gaat. Deze bewustwording en achtergrondinformatie biedt mij een houvast voor mijn eigen gedragskader in de omgang met 'cliënten HbZd';
- Ik houd verantwoordelijkheden en rollen strikt gescheiden. Dus ik geef geen eigen interpretatie aan betreffende richtlijn;
- Ik kom niet in de verleiding om toezeggingen te doen en me te begeven op het werkgebied van de psychiater;
- Indien de cliënt mij verzoekt te praten over zijn verzoek om hulp bij zelfdoding en ik daarmee wordt overvallen, vraag ik de cliënt tijd om er de volgende afspraak op terug te komen. Ik gun mezelf de tijd in overleg te gaan met mijn collega's. Ik wil graag hun visie horen over het verzoek en met hen afstemmen op welke manier ik de cliënt kan ondersteunen tijdens vervolgsafspraken over dit onderwerp, mocht dat op dat moment niet duidelijk voor mij zijn. Ik blijf hierbij zoeken naar en eventueel de cliënt op subtiele wijze aanspreken op zijn herstelvermogen. Een uitdagende klus. Zeker als de cliënt de dood als enige oplossing ziet voor zijn problemen. Ik laat me niet afleiden door deze diepgewortelde overtuiging van de

¹³ Dr. Annemiek Huisman is postdoc-onderzoeker en docent aan de afdeling Klinische psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam. Daarnaast is zij onderzoeker bij Stichting 113 Zelfmoordpreventie en bestuurslid van de Ivonne van de Ven Stichting. In 2010 promoveerde zij op een onderzoek naar de meldingsprocedure van suïcides aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

cliënt, ik heb oog voor zijn wanhoop, maar ga daar niet in mee. Ik maak hierbij gebruik van de ruimte dat het proces naar hulp bij zelfdoding geeft. Zingeving voor de resterende tijd die de 'cliënt HbZd' nog heeft naar de dood toe, zou hierbij een onderwerp kunnen zijn. Wellicht draagt het zoeken en het betekenis geven aan zingeving bij om tot andere inzichten te komen voor 'cliënt HbZd'. Het zou kunnen bijdragen aan het verlangen naar levenshulp. Mogelijk neemt het verlangen naar de dood hiermee af;

- Als een cliënt zich suïcidaal uit en dreigt de controle te verliezen over zijn eigen veiligheid en mij vraagt dit geheim te houden, bespreek ik met hem dat ik niet volledig aan zijn verzoek kan voldoen vanuit het oogpunt van goede en herstelondersteunende zorg. Ik vertel hem dat ik deel uitmaak van een multidisciplinair team. In dit team zal ik zijn suïcidaliteit met mijn collega's bespreken die bij zijn zorg zijn betrokken. Ik bespreek met de 'cliënt HbZd' tijdens de kennismaking wat hij van mij kan en mag verwachten in onze werkrelatie. Ik zal zonder de toestemming van de 'cliënt HbZd' geen informatie verstrekken aan derden;
- Volgens zorgvuldigheidseis 7¹⁴, dient de behandelend arts overleg te hebben met naasten. In het betrekken van naasten zie ik ook een verbindende rol voor mezelf weggelegd in de ondersteuning van 'cliënten HbZd'. Ik kan vragen van naasten beantwoorden vanuit mijn ervaring uit het verleden met doodsgedachten. Voor naasten kan het laagdrempelig zijn om mij de vragen te stellen, omdat ik met afstand naar de situatie kan kijken en me niet meer in een dergelijke situatie bevind. Voor naasten kan het lastig zijn rechtstreeks naar de doodsgedachten van hun dierbare te vragen. Ook hierin kan ik ondersteuning bieden indien dit is gewenst;
- Ik blijf objectief en laat me niet verleiden mee te gaan in de wanhoop en het gestoorde ziektebesef van de 'cliënt HbZd'. Vooral bij cliënten met psychotische en depressieve stoornissen kan een verstoord ziektebesef zich voordoen. Desnoods geef ik informatie op de nihilistische kijk op de depressie van de 'cliënt HbZd'.
- Ik toon begrip voor het lijden van de 'cliënt HbZd'. Tegelijkertijd blijf ik vertrouwen houden in het herstelproces van de 'cliënt HbZd'. Ik straal dit vertrouwen uit naar de 'cliënt HbZd';
- Ik lever een bijdrage aan levenshulp en zet daar waar gepast, mijn eigen ervaring op professionele wijze in;
- Tijdens het traject dat de 'cliënt HbZd' doorloopt, kan er sprake zijn van een (ontstane) onveilige situatie voor de 'cliënt HbZd' in verband met suïcidale ideaties. In dat kader stel ik mezelf de morele vraag hoe ik als hulpverlener kan bijdragen aan een veilige situatie van de 'cliënt HbZd' en hoe ik mijn legitimering van 'macht' naar de 'cliënt HbZd' toe verantwoord bij weerstand, agressie en/of slechte motivatie om in leven te blijven. Ik vind de term 'relationele rechtvaardigheid' in deze van toepassing. Het zegt iets over de kwaliteit van de werkalliantie in een gedwongen kader. Als ik cliënten ondersteun die in een gedwongen setting zijn opgenomen wegens suïcidegevaar, zal ik helder en transparant zijn over kaders, condities en regels naar de 'cliënt HbZd' toe. Tegelijkertijd investeer ik in de instemming van de cliënt bij de toepassing ervan (Krechtig & Menger, 2016). Indien de situatie niet acuut onveilig lijkt, maar ik me wel zorgen maak over de veiligheid van de 'cliënt HbZd', zal ik proberen mogelijke aanvankelijke afweer van de 'cliënt HbZd' te verminderen. Ik zal met hem hierover in gesprek gaan en probeer met hem afspraken te maken over zijn veiligheid. Deze manier van handelen (drang) zal ik toepassen als tevens naasten en collega's dezelfde ernstige zorgen delen over de veiligheid van betreffende persoon. Zonder dreigen zal ik de 'cliënt HbZd' duidelijk maken dat niet-accepteren van hulp, ongewenste consequenties met zich mee kan brengen. Deze handelingswijze is gericht op het verkrijgen van toestemming van de 'cliënt HbZd', zodat mij als hulpverlener geen nalatigheid kan worden verweten (Jagt, 2010);
- Als de behandelend arts hulp bij zelfdoding verleent, dient er te zijn voldaan aan onder andere de zorgvuldigheidseis ondraaglijk en uitzichtloos lijden volgens de richtlijn. Echter, wat betekent dat nu? Lijden is een subjectief begrip en in hoeverre is dat lijden voor de ander volledig invoelbaar? Er lijkt dus enige discretionaire ruimte te zijn voor de behandelend arts binnen de gestelde wet- en regelgeving. Een taak van de ervaringsdeskundige zou kunnen zijn een brug te slaan tussen arts en cliënt. Hij zou zijn taak als 'luis in de pels' ook in deze uit kunnen voeren door kritisch te zijn over het hulpproces dat aan de 'cliënt HbZd' wordt geboden met als doel het leveren van zo goed mogelijke herstelondersteunende zorg. Een goede en nauwe samenwerking waarin respect is voor ieders rol en werkzaamheden is hierbij een pré;

¹⁴ Zie bijlagen 1.1 voor de zorgvuldigheidseisen.

- Ik geef de 'cliënt HbZd' informatie over relevante wetgeving. Bij cliënten die mogelijk in een onveilige crisissituatie kunnen raken, is het zinvol om het principe van *stepped care* te volgen (Tilburg et al., 2008). De minst ingrijpende vormen van dwang eerst. Het kan de cliënt rust en ruimte bieden als hij weet wat hij kan verwachten in situaties waarbij sprake is van drang en dwang. Het is natuurlijk de bedoeling om het zelfbeschikkingsrecht op een verantwoorde manier zo snel mogelijk terug te geven aan de cliënt (Jagt, 2010). Zie bijlage 1.3 voor de nadere uitwerking van het principe van *stepped care*;
- Tevens zie ik een rol weggelegd voor mezelf bij het nazorgtraject voor naasten. Al dan niet in samenwerking met de geestelijk verzorger, zou ik nazorg kunnen leveren met betrekking tot het rouwproces van naasten. Onderwerpen zoals het bespreken van het waarom van de euthanasiewens van de dierbare, zou op verzoek van naasten nog eens de revue kunnen passeren. Het verzoek om hulp bij zelfdoding kan nogmaals vanuit het perspectief van de cliënt worden belicht. Een ervaringsdeskundige kan hierover invoelend uitleg geven. Wellicht kan dit helpend zijn bij het verwerkingsproces van nabestaanden.

3.2 Evaluatie en verantwoording

In het voorwoord heb ik reeds uiteengezet wat het doel voor mezelf is geweest om deze theoretische onderbouwing te schrijven. Het heeft me geholpen meer duidelijkheid te krijgen over dit onderwerp. Zowel qua wet- en regelgeving als mijn eigen visie aangaande de omgang met het verzoek om hulp bij zelfdoding. Het heeft me aangezet tot kritische zelfreflectie. Daarnaast heeft het me meer inzicht gegeven in mijn handelen in contact met suïcidale cliënten en 'cliënten HbZd'.

Deze theoretische onderbouwing van mijn referaat kan bij u de indruk wekken dat ik de ene keer een voorstander ben van het toekennen van hulp bij zelfdoding en de andere keer niet. Mijn visie is niet zo dichotoom als mogelijk lijkt. Ik ben van mening dat er per geval kritisch en zorgvuldig naar de cliënt en diens situatie moet worden gekeken, alvorens de arts besluit dat hulp bij zelfdoding een optie is voor betreffende cliënt.

Mijn bevindingen in de praktijk van zowel de hulpverlener als de cliënt inzake de informatie die voor handen is bij beiden aangaande hulp bij zelfdoding laat te wensen over. Deze onduidelijkheid kan bijdragen aan een verslechterde situatie van de cliënt, die zich vaak al in een voor hem wanhopige en uitzichtloze situatie bevindt met in zijn beleving weinig perspectief voor de toekomst. In de richtlijn is veel discretionaire ruimte voor de psychiater, omdat de verantwoordelijkheid van de interpretatie van de richtlijn en de toepassing ervan bij de psychiater of behandelend arts ligt. Er is sprake van een individualiseringsprincipe (Savornin Lohman & Raaff, 2008). Een zekere mate van beslissingsruimte per geval voor de psychiater binnen de kaders van de wet. Mijn inziens kent de euthanasiewet enigszins subjectieve 'vage' formuleringen. Zo lijken er ook zogenaamde 'uitzonderingen' te zijn bij het toepassen van de zorgvuldigheidseisen, zoals bij zorgvuldigheidseis 1 het geval kan zijn. Het verzoek van de 'cliënt HbZd' moet vrijwillig zijn en weloverwogen. Toch zijn er situaties denkbaar in de praktijk waarbij er sprake is van verminderde vrijwilligheid en niet optimale wilsbekwaamheid. Dit hoeft niet per definitie een reden te zijn om het verzoek om hulp bij zelfdoding bij voorbaat af te wijzen (Tholen, et al., 2009). Het beoordelen van deze zorgvuldigheidseisen is in mijn optiek een ingewikkelde klus. De eisen lijken, mijn inziens, deels subjectief interpreteerbaar.

De bestudering van het thema hulp bij zelfdoding aan cliënten met een psychische aandoening vanuit de verschillende perspectieven, heeft mij heel wat hoofdbrekens opgeleverd. Mijn geweten werd heen en weer geslingerd tussen deze verschillende perspectieven. Als ik de schrijvende verhalen van cliënten en hun naasten las en zag, met een schreeuw om hulp zoals in het boek 'De strijd voorbij; Euthanasie in de psychiatrie' (Croonen & Vries, 2010) en de documentaire 'De Laatste Dagen Van Aurelia Brouwers' (2018), dacht ik: tja, misschien is hulp bij zelfdoding in die voorkomende gevallen een potentiële mogelijkheid. Tegelijkertijd boog ik me lange tijd over de vraag: Wat is de betekenis van het subjectieve 'duurzaam ondraaglijk en uitzichtloos lijden'? Je kunt nooit op dezelfde manier de pijn invoelen van een ander als die persoon zelf. Mijn conclusie is dus dat daar geen eenduidig universeel antwoord op te geven valt.

Tegelijkertijd speelde er zich een autobiografische film in mijn hoofd af. De grilligheid van een psychische aandoening, zoals een stemmingsstoornis kan zó onvoorspelbaar aanvoelen. Het ziektebeeld kan veranderen. En wat als die grilligheid uiteindelijk leidt naar een herstelproces, zoals bij

mezelf? Dan is elke uitgevoerde hulp bij zelfdoding ten koste gegaan van een kostbaar leven. Om dan nog maar niet te spreken van mijn latere persoonlijke spirituele inzichten. Voor nu is er aangaande mezelf helemaal geen plaats meer voor een niet-natuurlijke dood. Ik houd me vooral bezig met de beschermwaardigheid van het menselijk leven, waar ik veel waarde aan hecht. Daarom sluit ik me vooralsnog aan bij de groep mensen genoemd in paragraaf 2.3. Zij die de visie aanhangen terughoudend te zijn bij het verlenen van hulp bij zelfdoding.

Mijn bovenstaande visie, de 4^e alinea van paragraaf 2.2 en de alinea hierna heb ik nog niet koud enkele dagen op papier staan, of een verschrikkelijk bericht bereikt mij. Ximena Knol, een dame van nog maar 19 jaar oud is overleden ten gevolge van inname van het eerdergenoemde dodelijke poeder. Zij heeft het dodelijke poeder op eenvoudige wijze verkregen via internet voor maar €1,55, nadat zij bij Coöperatie Laatste Wil informatie had gevraagd over de manier van verkrijging van het dodelijke poeder. Ze had CLW verteld dat ze het poeder nodig had voor een schoolopdracht. Helaas is mijn voorspelling dat dit poeder gebruikt zou worden voor zelfdoding anders dan bij voltooid leven waar het voor is bedoeld, waarheid geworden...

Het moge duidelijk zijn dat ik me vooralsnog aansluit bij de visie van minister De Jonge en hoogleraar zorgethiek Marian Verkerk, dat ik het niet verantwoordelijk vind een dergelijk poeder vrij beschikbaar te stellen. De grilligheid van een psychische aandoening kan ertoe bijdragen dat suïcidale cliënten in een impuls zichzelf van het leven willen beroven. Bij suïcidaliteit is impulsiviteit een predisponerende factor. Controleverlies hierbij speelt een grote rol (Kerkhof, 2016). Indien er een dergelijk poeder makkelijk beschikbaar is, ben ik bang dat het suïdecijfer zal stijgen.

In het volgende hoofdstuk beschrijf ik mijn conclusie op basis van de inzichten in deze paragraaf, rekening houdend met mijn ethische bewustwording omtrent dit thema en de juridische, maatschappijkritische en politieke kaders.

4 Conclusie

Hulp bij zelfdoding aan patiënten met een psychische aandoening blijft wat mij betreft een duivelsdilemma. De grote vraag blijft voor mij: Hoe bepaal je of iets goed of slecht is? Volgens het utilisme is geluk het allerhoogste goed. Iets is goed als het zoveel mogelijk geluk tot gevolg heeft. Tegelijkertijd rijst bij mij de vraag of het doden van een persoon bijdraagt aan geluk. Is het ethisch verantwoord om iemand hulp bij zelfdoding te verlenen? Volgens de wet wel als er aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Maar kunnen we zo iets groots en tegen natuurlijks als het verlenen van hulp bij zelfdoding in geschreven wetten, protocollen en richtlijnen vangen? Vragen waar ik me nog lange tijd over zal buigen en wellicht de rest van mijn leven in mijn werkveld mee bezig zal zijn. Om enigszins in de richting te kunnen komen van antwoorden op deze vragen, maak ik het onderwerp voor mezelf praktisch en kleiner. Ik richt me hierbij op mijn dagelijkse praktijk en ik onderzoek hoe ik als ervaringsdeskundige een goede bijdrage kan leveren aan zorg van 'cliënten HbZd'.

De professionele inzet van ervaringsdeskundigen bij de ondersteuning van suïcidale cliënten is een nog onontgonnen terrein¹⁵. Desalniettemin lijkt de bijdrage van ervaringsdeskundigen in de ondersteuning van cliënten met suïcidaliteit zijn vruchten af te werpen en is nader onderzoek over de professionele inzet van ervaringsdeskundigen in deze ondersteuningstrajecten gewenst¹⁶. Op het gebied van ondersteuning door ervaringsdeskundigen bij 'cliënten HbZd' heb ik geen literatuur kunnen vinden. Volgens Annemiek Huisman (persoonlijke communicatie, 22 februari 2018) is deze vooralsnog niet beschikbaar in Nederland voor zover wij dit konden achterhalen. Het zou een logisch vervolgonderzoek kunnen zijn op het lopende onderzoek naar de professionele inzet van ervaringsdeskundigen bij suïcidaliteit. Ik sluit me bij de visie van Annemiek Huisman aan, genoemd in hoofdstuk 3, waarin zij zegt dat een professionele bijdrage van een ervaringsdeskundige in een lopend traject bij het verzoek om hulp bij zelfdoding in bepaalde gevallen mogelijk wenselijk zou kunnen zijn.

De richtlijn 'Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' is in eerste instantie bedoeld voor psychiaters en artsen die met het verzoek van hun cliënt in aanraking komen. Ik acht het zinvol dat een dergelijke richtlijn er ook komt en wordt gevolgd door hulpverleners, in het bijzonder op basis van dit referaat voor ervaringsdeskundigen. Er komt dan een referentiekader beschikbaar waar vanuit zij te werk kunnen gaan in de ondersteuning en behandeling van cliënten die een dergelijk verzoek doen. Het zou enige houvast kunnen bieden in de spreekkamer. Daar bedoel ik mee dat hulpverleners het onderwerp niet schuwen vanuit handelingsverlegenheid, maar er op een ethisch verantwoorde, in beginsel terughoudende, correcte manier vanuit openheid mee om kunnen gaan.

Daarnaast zou ik willen pleiten voor een nauwe samenwerking binnen het multidisciplinaire behandelteam bij de ondersteuning van 'cliënten HbZd'. Intervisie en supervisie zou een vanzelfsprekende ruimte moeten bieden om te reflecteren op het handelen van betreffende ervaringsdeskundige, zodat desgewenst dit handelen kan worden aangepast. In mijn optiek draagt dit bij aan goede zorg voor de 'cliënt HbZd'.

Vooralsnog ben ik eenmalig aangesloten bij een gesprek met een cliënt waarbij het verzoek om hulp bij zelfdoding was toegekend, om mijn ondersteuning aan te bieden. Een indringende en bijzondere ervaring. Onlangs heeft psychiater Cornelis van Houwelingen mij benaderd met de vraag of ik eventueel beschikbaar ben voor ondersteuning bij een andere cliënt waarbij het verzoek om hulp bij zelfdoding is toegekend. Ondanks dat de ondersteuning bij cliënten die een verzoek doen om hulp bij zelfdoding door ervaringsdeskundigen nog zeer onontgonnen terrein is, lijkt er behoefte te bestaan om ervaringsdeskundigen hierbij te betrekken. Interventies die ervaringsdeskundigen in dit soort trajecten zouden kunnen doen, dienen ook verder te worden onderzocht.

Tenslotte wil ik nog terugkomen op het zelfbeschikkingsrecht. In sommige gevallen is ingrijpen in het persoonlijk leven van mensen onder dwang en dus inperking van het zelfbeschikkingsrecht

¹⁵ Zie <https://www.rug.nl/gmw/pedagogy-and-educational-sciences/research/ervaringsuicide/onderzoek>

¹⁶ Zie <https://www.ggznieuws.nl/home/verkennd-onderzoek-naar-ervaringsdeskundigheid-op-gebied-van-suïcidaliteit/>

noodzakelijk, mijn inziens. Als maatschappij en zorgverleners binnen de GGZ hebben we als taak mensen te beschermen tegen zichzelf. Een verzoek om hulp bij zelfdoding en/of suïcidaliteit zou een kenmerk kunnen zijn van de psychische aandoening. Alvorens hulp bij zelfdoding te verlenen, is het een ingewikkelde taak om te achterhalen of dat verzoek een kenmerk is van de psychische aandoening, of een op zichzelf staand onafhankelijk, vrijwillig en weloverwogen verzoek.

Vanuit de verschillende perspectieven van hulpverleners met ieder hun eigen rol, vermoed ik dat een ervaringsdeskundige een bijdrage kan leveren aan het onderzoeken van de zorgvuldigheidseisen in een dergelijk traject. De inbreng en ondersteuning van een ervaringsdeskundige zou een waardevolle interventie kunnen zijn bij mensen die een euthanasietraject volgen. Ervaringsdeskundigheid wordt nog niet overal binnen de GGZ omarmt en ingezet. Rekening houdend met de zorgvuldigheidseis 'Voorlichting over situatie en vooruitzichten', dient er sprake te zijn van adequate behandeling. Gezien de ontwikkelingen van inzet van ervaringsdeskundigheid binnen de GGZ, ben ik van mening dat de inzet van ervaringsdeskundigen in een dergelijk euthanasietraject bijdraagt aan adequate behandeling. Om te komen tot de overtuiging van de zorgvuldigheidseis dat er geen andere redelijke andere oplossing was voor de patiënt voor de situatie waarin hij zich bevond, zou de ondersteuning van een ervaringsdeskundige binnen een behandeltraject op zijn minst moeten zijn geprobeerd lijkt mij.

Mijn missie is dan ook een bijdrage te mogen leveren aan het ambitieuze doel van 'Zero Suicide' en de zorg aan 'cliënten HbZd' optimaliseren. Al is mijn bijdrage een druppel op een gloeiende plaat, als ik daarmee kan voorkomen dat er mensen in alle eenzaamheid en radeloosheid moeten sterven, is mijn missie meer dan geslaagd!

Bronnenlijst

- Avrotros. (2016, 26 februari). In *Eenvandaag*. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van https://www.npo.nl/eenvandaag/26-02-2016/AT_2047475
- Avrotros. (2017, 11 november). In *EenVandaag*. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/zware-kritiek-op-levenseindekliniek-euthanasie-op-patienten-die-nog-niet-uitbehandeld-zijn/>
- Croonen, J., & Vries, C. d. (2010). *De strijd voorbij; Euthanasie in de psychiatrie*. Veghel: Uitgeverij Libra & Libris.
- De Brei, C. (2009). Mag ik dan bij jou. Op *Wat ik zeker weet* [Cd]. (2011)
- De Vries, P., Huisman, A., Kerkhof, A. & Robben, P. (2008). Het non-suicidecontract: een riskant ritueel. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50(10), 667-671.
- Farrow, T.L., Simpson, A.I.F., & Warren, H.B. (2002). The effects of the use of 'no-suicide contracts' in community crisis situations: the experience of clinicians and consumers. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2, 241-246.
- Huisman, A. (2018, 5 januari). *Verkennend onderzoek naar ervaringsdeskundigheid op gebied van suicidaliteit*. Geraadpleegd op 9 maart 2018, van <https://www.ggznieuws.nl/home/verkennend-onderzoek-naar-ervaringsdeskundigheid-op-gebied-van-suicidaliteit/>
- Huisman, A & Van Bergen, D. (2018, 15 februari). *Onderzoek*. Geraadpleegd op 9 maart 2018, van <https://www.rug.nl/gmw/pedagogy-and-educational-sciences/research/ervaringsuicide/onderzoek>
- Huisman, A., Van Houwelingen, C., & Kerkhof, A. (2016). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten. In A. Kerkhof & B. van Luyn, *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ* (2^e herziene druk, pp. 63-64). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Jagt, L. (2010). *Onvrijwillige hulpverlening; Moet dat nou?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kerkhof, A. (2016). Terminologie en definities. In A. Kerkhof & B. van Luyn, *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ* (2^e herziene druk, pp. 7-20). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Kerkhof, A., & Van Luyn, B. (2016). *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Knmg (2017, juni). *Euthanasie in cijfers april 2017.pdf*. Geraadpleegd op 23 februari 2018, van <http://www.knmg.nl/web/file?uuid=919478d0-d50e-4a77-b0a8-906a7e4a029b&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=94>
- Lasalvia, A., Zoppi, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., . . . Thornicroft, G. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination among people with major depressive disorder: A cross-sectional survey. *Lancet*, 381(9860), 55-62. doi:10.1016/S0140-6736(12)61379-8
- Menger, A. & Krechtig, L. (2016). Handelen in gedwongen kader: enkele kwesties vooraf. In A. Menger, L. Krechtig, & J. Bosker. (Reds.), *Werken in gedwongen kader; Methodiek voor het forensisch sociaal werk* (3^e herziene druk, pp. 245-250). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Nieuwenburg, P. (2017, 13 maart). *'Initiatiefwet Waardig Levenseinde rammelt'*. Geraadpleegd op 17 maart 2018, van <https://www.universiteitleiden.nl/nieuws/2017/03/initiatiefwet-waardig-levenseinde-rammelt>
- NOS. (2018, 22 maart). In *Nieuwsuur*. Geraadpleegd op 24 maart 2018, van https://www.npo.nl/nieuwsuur/22-03-2018/VPWON_1282962
<https://dewerelddraaitdoor.bnnvara.nl/media/353456>
- Rijksoverheid (2015, 17 december). *Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek publieksversie*. Geraadpleegd op 14 maart 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2015/12/17/handreiking-schriftelijk-euthanasieverzoek-publieksversie>
- Savornin Lohman, J. d., & Raaff, H. (2008). *In de frontlinie tussen hulp en recht*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Taselaar, H. (Hoofdredacteur). (2018, 16 februari). *De Laatste Dagen Van Aurelia Brouwers* [Documentaire]. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <https://www.rtl.nl/video/b581060f-cdd0-3b2b-a509-422c13489726/>
- Tilburg, W. v., Veldhuizen, J. v., Beijaert, E., Ven-Dijkman, M. v., Mulder, C., Schulte, P., . . . Tholen, A. (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.

- Tholen, A., Berghmans, R., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W., Polak, F., & Scherders, M. (2009). *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M. & the INDIGO Study Group (2009). Global pattern of anticipated and experienced discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408-415.
- Thornicroft, G., Rose, D. & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122.
- Van Dam, H., Enthoven, L., Hilhorst, M., Klijn, I., Michelis, S., Peters, M. & Van Wees, K. (Eds.). (2013). Euthanasie in de psychiatrie. *Relevant*, 39(2), 4-7.
- Van Hemert, A., Kerkhof, A., Keijser, J. D., Verwey, B., Van Boven, C., Hummelen, J., & Van Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.
- Van Nieuwkerk, M. (Presentator). (2016, 16 februari). *Napraten docu Levenseindekliniek* [Videobestand]. In *DWDD*. Geraadpleegd op 1 april 2018, van <https://dewerelddraaitdoor.bnnvara.nl/media/353456>
- Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding 2014*. (2014, 15 februari). Geraadpleegd op 30 maart 2018, van http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2014-02-15#HoofdstukII_Artikel2

Bijlagen

1.1 Bijlagen artikelen 293 en 294, zorgvuldigheidseisen en teksten van Mw. Schippers en Mw. Borst van TV-uitzending EenVandaag 26-02-2018 bij paragraaf 2.1

Artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht

“1 Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.

2 Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging” (2002, 1 april).

Artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht

“1 Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.

2 Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie. Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing” (2002, 1 april).

Zorgvuldigheidseisen richtlijn

1. De arts is tot de overtuiging gekomen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.
2. De arts is tot de overtuiging gekomen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.
3. De arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten.
4. De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond, geen redelijke andere oplossing was.
5. De arts heeft tenminste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de eerste vier zorgvuldigheidseisen.
6. De arts heeft de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.

Daarnaast is er sprake van een aantal relevante aspecten die niet in de wet van 2002 worden genoemd, maar die bij niet-naleving wel tot tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de arts zouden kunnen leiden.

7. Overige aspecten: overleg met vorige behandelaren en huisarts, overleg met naasten, het instellingsbeleid, de rol van de apotheker en de nazorg voor nabestaanden” (Tholen, et al., 2009, p. 29).

Gesproken tekst Mw. Schippers en Mw. Borst

Mw. Schippers: “Helemaal dichtregelen kun je het niet, maar wat je wel kan hebben is als je in een verpleeghuis zit en je hebt een verklaring, jouw naasten dat weten. Die kunnen die andere arts erbij halen. Die kunnen dat gesprek dus met elkaar voeren over hoe dat degene die het betreft en toen iemand nog wilsbekwaam was, daarover dacht”. Interviewer: “Zou zo’n verpleegarts dat over moeten nemen?” Antwoord Mw. Schippers: “Moeten is niet aan de orde. Zeker bij het levenseinde heb je het over: Wat beslis je met elkaar? Je bent altijd afhankelijk van wat een arts uiteindelijk doet”. Interviewer: “Er zijn artsen die zeggen: De druk op ons zal enorm toenemen”. Antwoord Mw. Schippers: “Dat heeft niets met de handreiking te maken. Dat heeft te maken met een samenleving waarin mensen die hun hele leven zelf hebben kunnen inrichten, waar zelfbeschikking heel erg hoog op hun eigen agenda staat, dat deze mensen niet alleen over hun leven willen beschikken, maar ook over de manier waarop ze doodgaan. Dus dat heeft meer te maken met de ontwikkelingen in de samenleving, dan met deze wet. En al helemaal niet met deze handreiking. Deze handreiking maakt alleen dingen helder en ik denk dat we wel van elkaar moeten weten waar we aan toe zijn en wat mag en wat niet mag”.

Mw. Borst: "Ik heb ook nooit gehoord dat een notaris een testament (Buitenhof, 29 september 2013) verscheurde op het moment dat de man of vrouw die dat opgesteld heeft, dement geworden is. Dus waarom moet die wilsverklaring dan ineens wel gelden als ja dat was een vorige meneer of mevrouw, die is er nu niet meer. Dat vind ik, dat is een uitvlucht volgens mij".

1.2 Bijlage non-suicidecontract

Wat is een non-suicidecontract?

Ruim 40 jaar geleden werd het non-suicidecontract voor het eerst geïntroduceerd in de literatuur (Drye, Goulding & Goulding, 1973). Tijdens het opstellen van de behandelovereenkomst dient te patiënt het besluit te maken dat hij geen suicide zal plegen, op geen enkel moment niet per ongeluk en niet expres. Dit besluit kan schriftelijk dan wel mondeling zijn afgesproken en is nu bekend onder de verzamelterm 'non-suicidecontract'. Het contract bevat de volgende elementen:

- de verklaring van de cliënt dat hij zich niet zal suicideren;
- de tijdsperiode waarvoor de verklaring wordt afgegeven;
- hoe om te gaan met een verslechterd toestandsbeeld van de cliënt ten tijde van behandeling;
- de afspraken inzake de verantwoordelijkheden van de cliënt en die van de behandelaar.

1.3 Bijlage wils(on)bekwaam bij paragraaf 2.4.4

Iemand is wilsbekwaam als hij zelfstandig uit vrije wil een beslissing kan nemen. Iemand kan beslissingen nemen met zijn 'volle verstand'. Iemand is wilsonbekwaam als hij de gevolgen van zijn besluiten niet kan overzien en niet in staat is om zelfstandig beslissingen te nemen.

1.4 Bijlage stepped care bij paragraaf 3.1

Principe van stepped care in chronologische volgorde:

1. Zelfbindingsverklaring: document waarin de cliënt heeft omschreven in welke situaties en over welke zaken hij/zij macht afstaat aan derden teneinde zichzelf te beschermen tijdens een crisis.
2. Rechterlijke machtiging op eigen verzoek: de cliënt vraagt zelf om een gedwongen opname met als doel het gevaar te stoppen.
3. Ambulante drang: voorwaardelijke machtiging. Is bedoeld ter voorkoming van gedwongen opname als de cliënt zich aan de gestelde voorwaarden houdt. Bv. het gebruik van medicatie of het volgen van therapie.
4. Zelfbindingsmachtiging: de rechter beslist dat de cliënt zich moet houden aan zijn zelfbindingsverklaring, ook als hij zich tegen de behandeling verzet.
5. Voorlopige machtiging (VM): de machtiging is door de rechter afgegeven en heeft een gedwongen verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis ten gevolg. In de volksmond RM genoemd, kan voor maximaal 6 maanden worden opgelegd.
6. Machtiging tot voortgezet verblijf (MVV): Rechterlijke machtiging: de machtiging is door de rechter afgegeven en heeft een gedwongen verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis ten gevolg voor een geldigheidsduur van maximaal één jaar. Indien iemand reeds vijf jaar onafgebroken onvrijwillig is opgenomen kan de RM worden afgegeven voor een periode van twee jaar.
7. IBS: Een inbewaringstelling is een spoedprocedure voor een gedwongen opname. Er is sprake van een noodsituatie waarbij de cliënt een gevaar is voor zichzelf of voor zijn omgeving.