

Vaardigheden en zorgvuldigheid bij alternatieven voor hulp bij zelfdoding

Een reactie op het artikel van Chabot over ‘De vraag om hulp bij zelfdoding’

A.J. THOLEN

SAMENVATTING Chabot ervaart dilemma's in een aantal situaties die volgens hem de behandelrelatie kunnen ondermijnen als een patiënt vraagt om hulp bij zelfdoding. In dit commentaar wordt betoogd dat een duidelijke en zorgvuldige uitleg door de psychiater van diens opvatting, van eventuele verwijsmogelijkheden en van mogelijke omstandigheden waarin dwangopname overwogen wordt, de behandelrelatie niet hoeft te ondermijnen. Er zijn aanwijzingen dat in de praktijk de behandelrelatie minder vaak wordt verstoord door vragen om hulp bij zelfdoding, en door afwijzing daarvan, dan Chabot meent. Dilemma's kunnen ontstaan indien de psychiater niet voor zichzelf duidelijk heeft of hij die hulp nu wel of niet mag of wil verlenen. Alternatieve vormen van hulp bij zelfdoding, zoals het verschaffen van informatie en morele bijstand, zijn alleen te rechtvaardigen als werkelijk alternatief voor hulp bij zelfdoding, dat wil zeggen indien aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan en hulp met euthanatica ook mogelijk is. Alternatieven ondermijnen anders het zorgvuldig medisch handelen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 10, 767-772]

TREFWOORDEN behandelrelatie, dwangopname, hulp bij zelfdoding, richtlijnen, zelfdoding

Chabot (2000) beschrijft een aantal situaties die de behandelrelatie kunnen ondermijnen als een patiënt vraagt om hulp bij zelfdoding. Hij doet suggesties hoe de psychiater in gesprek kan blijven met de patiënt, ook als hij als psychiater hulp bij zelfdoding principieel afwijst, als de dreiging van een dwangopname de patiënt zou kunnen weerhouden om over zijn suïcideplan te praten of als de patiënt vraagt om informatie over zelfhulpmethoden voor suïcide. Chabot mist in de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP 1989) een bespreking van deze situaties, die hij als dilemma's ervaart.

Allereerst mist Chabot in de richtlijnen aandacht voor de situatie waarin de psychiater blijkbaar niet bereid is om hulp bij zelfdoding te verlenen, omdat hij geen noodsituatie ervaart en meent dat niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De NVVP-commissie ‘hulp bij zelfdoding’ heeft zich in haar richtlijnen uitgesproken over de omstandigheden waarin hulp bij zelfdoding door een psychiater medisch-ethisch te rechtvaardigen is. Daarbij zijn standpunten en zorgvuldigheidseisen geformuleerd die door de beroepsgroep gehanteerd zouden moeten worden. Het rapport biedt richtlijnen ten aanzien

van de relevante aspecten van de beoordeling en handelwijze en geeft de psychiater daarmee een handreiking om zorgvuldig tot een afweging te komen. De commissie heeft zichzelf echter ook in haar taakstelling beperkt. Zij achtte het niet haar taak om een rapport op te stellen over levenshulp, over een goed en tijdig aanbod van zorg en over allerlei andere bij ernstig, ondraaglijk lijden uiterst relevante onderwerpen. In de richtlijnen wordt dan ook geen aandacht besteed aan gesprekstechnische vaardigheden die ingezet kunnen worden om in contact te blijven met chronisch suïcidale patiënten die om hulp bij zelfdoding vragen. De achterliggende gedachte was dat de commissie zich bewust is van het feit dat ondraaglijk lijden zich bij psychiatrische patiënten met verschillende ziektegeschiedenissen en persoonlijkheden zeer verschillend kan manifesteren. Richtlijnen in het kader van hulp bij zelfdoding zijn ongeschikt om zorgvuldig kaders te geven voor de behandeling en levenshulp aan al die verschillende patiënten. Als de psychiater geen hulp bij zelfdoding wil bieden, kan de behandelrelatie verstoord raken. Gesprekstechnische vaardigheden zijn dan van grote waarde bij het motiveren van de patiënt om de behandelrelatie na die afwijzing voort te zetten. Het is de vraag of daarvoor algemene richtlijnen zijn te geven, omdat de behandelrelatie en de problematiek individueel bepaald zijn. Belangrijk zijn uiteraard het bieden van perspectief, het geven van hoop en het uitdragen van betrokkenheid en inzet voor de verdere behandeling en begeleiding.

Chabot wekt in zijn artikel de indruk dat hij grote moeite heeft om duidelijk te zijn in zijn afwijzing van het verzoek van de patiënt om hulp bij zelfdoding. Het lijkt alsof hij de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding niet kan uitsluiten en niet los kan komen van het verzoek van de patiënt. Het is begrijpelijk dat psychiaters zich onder druk gezet kunnen voelen door een dergelijk verzoek en door een dreigende suïcide van hun patiënt. De richtlijnen benadrukken dat de psychiater zich door die druk niet moet laten ver-

leiden tot overhaast en onzorgvuldig handelen. Als de psychiater, op basis van een zorgvuldige beoordeling en eventuele intervisie of consultatie, oordeelt dat hulp bij zelfdoding medisch-ethisch niet gerechtvaardigd is, zou de verdere begeleiding dezelfde moeten zijn als die van andere chronisch suïcidale patiënten. Het feit dat de patiënt heeft verzocht om hulp bij zelfdoding en dat de psychiater dat verzoek heeft afgewezen, hoeft de verdere begeleiding geen ander karakter te geven.

Chabot bespreekt ook het probleem dat de vraag om hulp bij zelfdoding de psychotherapeutische relatie met een chronisch suïcidale patiënt kan ondermijnen, indien de psychiater hulp bij zelfdoding principieel afwijst. In de richtlijnen van de NVVP wordt namelijk gesteld dat een psychiater die principieel weigert hulp bij zelfdoding te bieden, zijn standpunt zo tijdig mogelijk aan de patiënt duidelijk moet maken. Hij zal de patiënt moeten informeren over zijn plan voor levenshulp, en over de mogelijkheid dat de patiënt, indien deze zijn verzoek om hulp bij zelfdoding handhaaft, een andere psychiater benadert. Dit wordt ook in het KNMG-standpunt (1995) benadrukt, onder meer omwille van de gelegenheid die er dan is om rustig de wederzijdse meningen af te tasten en deze ook te blijven respecteren. Uiteraard kan, indien de patiënt daarvoor kiest, een al gegroeide therapeutische relatie worden voortgezet, juist om de geuite doodswens te exploreren. Daarbij moet zowel voor de psychiater als voor de patiënt duidelijk zijn dat, bij een uiteindelijk aanhoudende vraag om hulp bij zelfdoding, een andere psychiater die eventueel wel die hulp wil bieden, in staat moet zijn om ook zelf nog een behandelrelatie aan te gaan. De richtlijnen benadrukken dat de psychiater zijn standpunt en de informatie over de procedure tijdig aan de patiënt moet voorleggen. Over het eventueel continueren van de behandeling, dan wel over het moment van verwijzing naar een andere collega, heeft de patiënt het laatste woord. Als de psychiater duidelijk is over zijn standpunt en zorgvuldig is in zijn relatie met de

patiënt, hoeft er naar mijn idee geen sprake te zijn van een dilemma. Dat is wel het geval als, het artikel van Chabot volgend, de psychiater zijn toevlucht gaat zoeken tot andere vormen van 'niet-officiële' hulp bij zelfdoding. Ik becommentarieer Chabots suggesties ten aanzien van wat hij 'varianten' voor hulp bij zelfdoding noemt verderop. Chabot scheidt verwarring en ondermijnt de zorgvuldigheid van handelen door deze alternatieven aan de orde te stellen als middel om in contact te blijven met de patiënt.

Als knelpunt noemt Chabot tevens belemmeringen in de behandelrelatie die de ruimte voor patiënten inperken om te spreken over hun levensmoeheid, hun suïcidedachten en suïcideplannen. Chabot veronderstelt dat psychiaters het patiënten moeilijk maken om over suïcide te praten omdat dan snel de dreiging van een dwangopname volgt. Als achtergrond voor die dreiging met dwangopname noemt hij de angst voor professioneel falen en voor het perspectief dat men door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, familie en media ter verantwoording wordt geroepen. Natuurlijk moet een psychiater zich bij een suïciderisico extra bewust zijn van zijn professionele verantwoordelijkheid. Het is echter de vraag of psychiaters te krampachtig risico's proberen te vermijden en te gretig zijn met dwang. Het beeld dat Chabot schetst doet geen recht aan psychiaters die dagelijks wel risico's durven nemen met suïcidale patiënten vanuit een zorgvuldige afweging van enerzijds de voor- en nadelen van een dwangopname en anderzijds het versterken van autonomie en overlevingsvaardigheden met de bijbehorende mogelijke risico's. Het doet ook geen recht aan de evaluatie van de Inspectie, waarbij na een suïcide niet a priori uitgegaan wordt van persoonlijk falen. Dat de Inspectie soms kritische vragen stelt is haar niet kwalijk te nemen: dat is nu eenmaal haar taak. Ook de reactie van familie getuigt naar mijn ervaring over het algemeen eerder van begrip voor de handelwijze van de psychiater dan van een neiging om een zondebok te zoeken. Natuurlijk zet suïcidegevaar psychiaters op

scherp, en het is terecht dat dan (nog meer) zorgvuldigheid betracht wordt en moet worden. Ook zal aandacht besteed moeten worden aan de ver slaglegging ten behoeve van een eventuele verantwoording achteraf. Het is nog maar de vraag of, zoals Chabot meent, chronisch suïcidale patiënten zelden over hun concrete plannen met hun behandelaar spreken. Ik vind het veeleer opvallend hoe vaak patiënten over hun suïcideplannen vertellen, terwijl een dwangopname of verlenging daarvan aan de orde is. Chabot verwijst naar het artikel van Cornelisse & Bobbe (1999) om te stellen dat '... chronisch suïcidale patiënten die jarenlang binnen de psychiatrie behandeld zijn, pas tijdens het contact met een psycholoog van de NVVE voor het eerst openlijk praten over hun concrete plannen...'. Van de jaarlijks ongeveer 75 personen die gesprekken hadden met een psycholoog van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) voor hulp of steun bij zelfdoding wegens psychische of psychiatrische problemen, was 88% eerder in behandeling bij een psychiater. Tweederde had eerder hulp gevraagd aan huisarts of psychiater. Van de jaarlijks twaalf personen over wie de NVVE van nabestaanden bericht kreeg van suïcide, had 75% al eerder een psychiater of huisarts om hulp bij zelfdoding verzocht (Cornelisse 2000). Daarbij komt dat jaarlijks nog eens 300 patiënten een uitdrukkelijk en herhaald verzoek doen aan hun psychiater en zich vervolgens niet tot de NVVE wenden (Groenewoud e.a. 1997). Van de patiënten die bij de follow-up nog in leven waren, had 85% nog contact met de psychiater. De psychiater beoordeelde de doodswens bij ruim de helft van die patiënten als niet meer aanwezig. Bij 30% werd het verzoek om hulp bij zelfdoding aangehouden. Alhoewel de psychiatrie haar uiterste best moet doen om toegankelijk te zijn en te blijven voor chronisch suïcidale patiënten, kan uit deze cijfers geconcludeerd worden dat die toegankelijkheid vrij behoorlijk is. Vergelijking met andere landen is niet mogelijk, omdat Nederland het enige land is dat beschikt over betrouwbare gegevens betreffende de verzoeken om hulp bij

zelfdoding en de praktijk van deze hulp.

Doen we genoeg aan het vasthouden van een behandellijn, welhaast een levenslijn, met de patiënt? Hoe adequaat te reageren op een vraag van een patiënt om hulp van de psychiater wanneer hij dood wil? Het antwoord van Chabot is onvolledig. Ik zou niet alleen zeggen dat ik samen met de patiënt wil uitzoeken of zelfdoding echt is wat hij wil, maar ook of er nog kansen of mogelijkheden zijn die kunnen uitmonden in een andere afweging. De belofte om de patiënt niet gedwongen op te nemen is complex en mogelijk voorbarig. Chabot noemt alleen een psychose als uitzondering op de belofte om zich te onthouden van een procedure tot dwangopname. Dat vind ik te algemeen geformuleerd. Voorafgaand aan het doen van zo'n belofte kan aan de patiënt gevraagd worden of hij zich vrij voelt om zijn situatie, inclusief zijn eventuele suïcideplannen, te bespreken, en of hij bang is dat hij onder dwang wordt opgenomen. Vervolgens kan de behandelaar zijn opvatting over dwangopname duidelijk maken. Het is niet goed om er een geheime agenda op na te houden. Openheid en duidelijkheid vanuit de patiënt is het beste voor een goede werkrelatie. De behandelaar kan daarin het voortouw nemen. Hij kan bespreken wat hij enerzijds als sterke, autonome eigenschappen van de patiënt ziet, en anderzijds in welke situaties hij zich verantwoordelijk voelt om eventueel onder dwang in te grijpen. Hij kan die situatie aan de hand van eerdere terugval bespreken, bijvoorbeeld naar aanleiding van gevaar, verlies van impulscontrole en wilsbekwaamheid tijdens een eerdere ernstige depressie, psychotische episode of andere crisis. Algemene regels zijn daarvoor moeilijk te geven, omdat elk verhaal en elke voorgeschiedenis weer tot een andere afweging kunnen leiden. Alvorens de belofte af te leggen dat dwangopname verder taboe is, moet de behandelaar goed op de hoogte zijn van de patiënt en van diens verhaal. Als beloftes niet waar zijn te maken, is de schade op lange termijn voor de behandelrelatie groter dan de mogelijke winst op korte termijn. Daarbij

komt dat een belofte om niet onder dwang op te nemen ook kan worden ervaren als een oordeel dat er zonder een veranderde motivatie en beleving van de patiënt weinig hoop is. Bij elke openheid ten aanzien van de eigen beoordeling van de situatie moet de psychiater de reactie van de patiënt op dat oordeel exploreren.

Ten slotte ervaart Chabot als dilemma de vraag van de patiënt om informatie over varianten van hulp bij zelfdoding. Uit jurisprudentie valt af te leiden dat het bieden van morele bijstand, het geven van informatie over effectief dodelijke middelen en het aanwezig zijn bij de zelfdoding niet strafbaar zijn. Het is echter de vraag of dat voor de strafrechter altijd zo is en vooral of een tuchtrechter ook zal menen dat er geen maatregelen zijn aangewezen. De vraag is dan of het verstrekken van dergelijke informatie en bijstand in een bepaald geval medisch-ethisch gerechtvaardigd is. Ik wil daarbij wijzen op de opvatting van de NVVE dat hulp door een arts in allerlei opzichten de voorkeur verdient boven doe-het-zelfmethoden (Cornelisse & Bobbe 1999). De door Chabot genoemde varianten komen inderdaad niet aan de orde in de richtlijnen van de NVVP. Chabot neemt overigens zelf geen duidelijk standpunt in met betrekking tot de rol van de psychiater ten aanzien van die varianten. De verantwoordelijkheid als behandelaar laat hij buiten beschouwing. Hij suggereert dat die varianten een alternatief zijn voor officiële hulp bij zelfdoding en dat daarbij mogelijk andere zorgvuldigheidseisen zouden kunnen gelden. Misschien moeten toekomstige verfijnde richtlijnen daar nog duidelijker over zijn. Indirect komt een 'variant' op hulp bij zelfdoding wel aan de orde in paragraaf 1.1 van de richtlijnen: het gaat daar over het bewust scheppen van gelegenheid tot zelfdoding. Daarin wordt de situatie besproken waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen niet meer te rechtvaardigen zijn, louter wegens het gevaar van suïcide. In de richtlijnen wordt gesteld dat het opheffen van vrijheidsbeperkende maatregelen en het daarmee bewust gelegenheid verschaffen tot een solitaire zelfdo-

ding, zonder dat een alternatief in de vorm van hulp bij zelfdoding wordt geboden, geen goede hulp is en dus niet aanvaardbaar kan zijn. Indien een alternatief wordt geboden in de vorm van hulp bij zelfdoding, eventueel in de vorm van verwijzing naar een collega die daartoe bereid is, kan het opheffen van vrijheidsbeperkende maatregelen wel gerechtvaardigd zijn. Hetzelfde principe geldt mijns inziens ook voor de (ambulante) situatie waarin niet het opheffen van handelen (opheffen van een machtiging), maar het starten van handelen (machtiging aanvragen) aan de orde is. Een stap verder is het verstrekken van informatie of bijstand verlenen als hulp bij zelfdoding. Ook dan moet medische hulp bij zelfdoding als alternatief aangeboden worden, waarbij dus voldaan moet zijn aan de zorgvuldigheidseisen die gelden voor psychiaters ten aanzien van hulp bij zelfdoding. Ik denk dan ook dat er geen dilemma is als het gaat om varianten van hulp. Als de psychiater geen noodsituatie ervaart en vindt dat niet aan de zorgvuldigheidseisen voor het verlenen van hulp bij zelfdoding is voldaan, is het aanbieden van welke variant dan ook gesjoemel met zorgvuldigheid. Dat geldt zeker voor het bewust voorschrijven van gevaarlijke medicamenten in de wetenschap dat de patiënt deze opspaart voor zelfdoding.

De psychiater kan wel informatie geven over alternatieve methoden voor hulp bij zelfdoding, ook als er niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Cruciaal voor de medisch-ethische rechtvaardiging lijkt mij de intentie waarmee de informatie en eventuele morele bijstand wordt gegeven en de inschatting van het effect van die informatie. Het bespreken van mogelijke alternatieven van zelfdoding kan een goed middel zijn om de feitelijke en emotionele consequenties van een suïcide voor omstanders en naasten te bespreken. Daarbij komt dat de ene methode van zelfdoding nu eenmaal minder gruwelijk en minder traumatiserend voor de omgeving is dan de andere. Het is niet nodig, niet zinvol en waarschijnlijk niet effectief om de patiënt in het ongewisse te laten over alternatieven voor gruwelijke

suïcidemethoden. Van zowel de 320 personen die jaarlijks uitdrukkelijk en herhaaldelijk aan hun psychiater verzoeken om hulp bij zelfdoding, als van de ongeveer 75 personen die zich tot de NVVE wenden – de meerderheid van hen stelde die vraag eerder vergeefs aan hun psychiater – suïcideert zich ongeveer 16%. Daaruit kan voorzichtig afgeleid worden dat contact met de NVVE, en dus het geven van informatie over milde zelfmoordmethoden, niet leidt tot meer suïcides, maar wel invloed heeft op de keuze van een minder gruwelijke methode die minder traumatisch is voor de omstanders en naasten.

Als een psychiater binnen de behandelrelatie informatie geeft over methoden van zelfdoding en morele bijstand biedt, heeft dat voor de patiënt een wezenlijk andere betekenis dan wanneer de informatie via internet of de NVVE vergaard wordt. Informatie over zelfdodingsmethoden door een psychiater en morele bijstand geboden door een psychiater als alternatief voor een officiële procedure ondermijnt de ontwikkeling in Nederland van een zorgvuldige en toetsbare handelwijze van artsen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Chabot verdient waardering voor het feit dat hij moeilijke afwegingen voor de behandelaar ter discussie stelt. Het lot van uitzichtloos ondraaglijk lijdende patiënten heeft echter meer baat bij een duidelijke en controleerbare handelwijze van artsen dan bij een vervaging van de uitgangspunten voor hulp bij zelfdoding in de vorm van 'alternatieven'.

LITERATUUR

- Chabot, B.E. (2000). De vraag om hulp bij zelfdoding. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 759-766.
- Cornelisse, M., & Bobbe, B. (1999). Gesprekken over zelfdoding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 11-42.
- Cornelisse, M. (2000). Persoonlijke mededeling als aanvulling en correctie op tabel 14 in M. Cornelisse & B. Bobbe (1999).
- Groenewoud, J.H., van der Maas, P.J., van der Wal, G., e.a. (1997). Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 336, 1795-1801.

KNMG (1995). Standpunt Hoofdbestuur inzake euthanasie. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1998). Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater. Utrecht.

AUTEUR

A. J. THOLEN is psychiater, verbonden aan het Academisch Ziekenhuis Groningen en voorzitter van de NVVP-commissie 'hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'.

Correspondentieadres: A.J. Tholen, Academisch Ziekenhuis Groningen, afdeling Psychiatrie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-7-2000.

SUMMARY

Skills and carefulness concerning alternatives for assisted suicide. – A reply to Chabot's article 'The request for physician assisted suicide' – A.J. Tholen –
Chabot thinks that psychiatrists are often in a dilemma when their patient requests assisted suicide, because the therapeutic alliance can be undermined by this question. It is argued here however, that the therapeutic alliance does not need to be, and in practice is not undermined if the reasons for eventually refusing the request and the circumstances that may lead to compulsory admission are explained. In practice, the relationship seems to be less disturbed by these requests than Chabot implies. A dilemma can arise when the psychiatrist fails to make clear to himself his own position. Giving information about suicide methods or giving moral support cannot be an alternative for psychiatrists when formal assisted suicide in line with the requirements for careful practice cannot be offered as well. Otherwise, alternatives for assisted suicide undermine careful medical practice.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 10, 767-772]

KEYWORDS physician assisted suicide, compulsory admission, guidelines, therapeutic alliance