

Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten

Rechtvaardigingsgronden en zorgvuldigheidscriteria

door M. van der Lijn, W.A. Nolen en W.J. Schudel

Gepubliceerd in 1994, no. 6

Samenvatting

Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten is nog steeds een controversieel onderwerp. In dit artikel worden allereerst enkele argumenten op een rij gezet die door verschillende groeperingen en personen zijn gehanteerd in de discussie of het gerechtvaardigd is om, in navolging van hulp bij zelfdoding aan somatische patiënten, in bijzondere gevallen hulp te kunnen verlenen aan patiënten met een psychiatrisch lijden.

Vervolgens worden de in de jurisprudentie ontwikkelde zorgvuldigheidscriteria besproken vanuit het gezichtspunt van de psychiater. Geconcludeerd wordt dat de meeste van deze criteria ook in de psychiatrie kunnen opgaan. Wat betreft het criterium van intercollegiaal overleg wordt gepleit om, in tegenstelling tot wat de jurisprudentie heeft opgeleverd, altijd een onafhankelijke psychiater te consulteren om een oordeel te geven over de criteria van wilsbekwaamheid, ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden en eventuele tegenoverdrachtsaspecten.

Inleiding

Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten is een controversieel onderwerp. Het druist in tegen het traditionele beeld van de arts als genezer en principieel strijder tegen de dood. In de vele literatuur over suïcide wordt voornamelijk de nadruk gelegd op de preventie van suïcide. In een recent overzicht van onderzoek naar suïcidaal gedrag in de samenleving en in de geestelijke gezondheidszorg van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (Brunenberg e.a. 1991) wordt wel veel geschreven over het voorkómen van suïcide, maar worden slechts enkele woorden gewijd aan hulp bij zelfdoding.

In 1982 publiceerde Van Ree als eerste over deze problematiek in dit tijdschrift. Hij hield toen een pleidooi voor een, juridisch te toetsen, mogelijkheid om hulp te bieden (Van Ree 1982). De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft zich, voor zover ons bekend, tot voor kort nooit uitgelaten over hulp bij zelfdoding. Pas in 1992 kwam het bestuur met een korte notitie waarin, onder meer, de stelling werd verdedigd dat de problematiek van hulp bij zelfdoding in de psychiatrie principieel niet anders is dan daarbuiten (NVP 1992).

Het standpunt van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1990, 1991) is tot voor kort steeds geweest dat hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten in alle gevallen ongewenst is. Dit absolute standpunt heeft toen veel kritiek uitgelokt, onder andere van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (1991). Mede naar aanleiding hiervan en de inmiddels ontstane jurisprudentie heeft de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, na consultatie met onder meer de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, in januari 1993 haar standpunt gewijzigd (GIGV 1993). Thans stelt het Staatstoezicht dat het verlenen van hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten in uitzonderlijke gevallen aanvaardbaar kan zijn.

In de afgelopen zomer (1993) wijdde het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid een themanummer aan hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. Naast twee artikelen die ingaan op enkele rechtszaken (Chabot 1993; Schudel e.a. 1993) wordt in drie artikelen ingegaan op de juridische en ethische aspecten. Legemaate (1993) bespreekt uitvoerig de juridische aspecten en de opvattingen zoals die in diverse rapporten aan de orde zijn gesteld. Berghmans (1993) presenteert in zijn bijdrage een aantal historische en ethische beschouwingen. Tenslotte staat Kortman (1993) in zijn artikel stil bij de consequenties voor het ziekenhuisbeleid, met name van de psychiatrisch ziekenhuizen.

De meest recente (november 1993) en tevens zeer belangrijke stap is gezet door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) met de publikatie van het rapport van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) 'Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten', waarin wordt aangegeven wanneer en op welke voorwaarden naar mening van de CAL, hierin (als voorlopig standpunt) gesteund door het Hoofdbestuur van de KNMG, hulp bij zelfdoding bij patiënten met een psychiatrische stoornis aanvaardbaar geacht kan worden (CAL-rapport 1993).

Naar aanleiding van het CAL-rapport zijn in het Medisch Contact enkele artikelen verschenen waarin uitvoerig bij allerlei aspecten wordt stilgestaan: over de achtergronden van het rapport (Dillmann 1993), over de zorgvuldigheidseisen (Legemaate en Dillmann 1993) en over de problematiek van de wilsbekwaamheid (Tholen 1993).

In dit artikel willen wij een aantal argumenten voor en tegen hulp bij zelfdoding vanuit de optiek van de psychiater op een rij zetten. Als een psychiater met een vraag van een patiënt om hulp bij zelfdoding wordt geconfronteerd, zal hij/zij zich (wellicht) allereerst afvragen in hoeverre ingaan op zo'n vraag in zijn algemeenheid gerechtvaardigd is en zich vervolgens in het bijzonder (moeten) afvragen in hoeverre de vraag bij deze patiënt gegrond is.

Om de psychiater bij de beantwoording van beide vragen behulpzaam te zijn, bespreken we ter beantwoording van de eerste vraag de ons inziens belangrijkste *rechtvaardigingsgronden*, zoals deze door verschillende groeperingen en personen in de afgelopen jaren zijn geformuleerd en bediscussieerd. Vervolgens besteden we aandacht aan de in de jurisprudentie ontwikkelde *zorgvuldigheidscriteria*, die in elk geval gewogen dienen te worden indien een psychiater wordt geconfronteerd met de vraag van een psychiatrische patiënt om hulp bij zelfdoding.

Rechtvaardigingsgronden

De discussie over hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten leek tot voor kort in belangrijke mate aan de psychiatrie zelf voorbij te gaan: suïcidaliteit werd veelal of zelfs uitsluitend beschouwd als een symptoom van een psychiatrische stoornis. Bij suïcidaliteit dient de stoornis te worden behandeld. Ook het CAL-rapport staat hier uitvoerig bij stil door te stellen dat suïcidaliteit allereerst moet worden opgevat als een teken dat wijst op achterliggende problematiek. Het beleid dient er dan ook allereerst op gericht te zijn zelfdoding te voorkomen. Pas als er geen behandelingsperspectief meer is, de patiënt onaanvaardbaar lijdt en de patiënt de dood uitdrukkelijk en herhaaldelijk wenst, kan hulp bij zelfdoding worden overwogen (CAL-rapport 1993). In dat geval is volgens sommigen de psychiater moreel gelegitimeerd om het lijden te doen ophouden door middel van het verstrekken van een euthanaticum aan de patiënt (Kuitert 1983; NVVE 1991; Berghmans 1992, 1993). Evenals ten aanzien van euthanasie bij somatisch lijden kan de arts zich dan beroepen op het juridisch begrip 'noodsituatie' (Legemaate 1993).

1. *Zelfbeschikkingsrecht versus beschermwaardigheid* - Voorstanders van de mogelijkheid tot hulp bij zelfdoding, zoals de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, menen dat het ieder mens vrij staat om over zijn of haar leven te beschikken op grond van het *zelfbeschikkingsrecht* (NVVE 1991).

Een mens is een autonoom functionerend individu en elke vorm van bemoeienis door een medicus of medeburger zou ongewenst paternalisme zijn. In onze samenleving ontbreekt een accepterende houding ten aanzien van sterven en onze gezondheidszorg moet de dood niet alleen bestrijden, maar ook aanvaarden (Kuitert 1983). Overigens is paternalisme volgens velen niet per definitie ongewenst. Kuitert formuleert het als volgt: 'Paternalisme als suïcidepreventie kan gerechtvaardigd zijn, maar alleen als het gelimiteerd is in tijd'.

Berghmans (1992, 1993) stelt dat als er een beperking is van de autonomie, paternalisme is te rechtvaardigen om die autonomie weer te herstellen. Hij spreekt in dit verband van een situatie waarin 'goed doen' kan verworden tot 'kwaad doen'.

Absolute tegenstanders van hulp bij zelfdoding, waaronder het Nederlands Artsen Verbond, vinden dergelijke hulp principieel verwerpelijk vanuit een *levensbeschouwelijke overtuiging*. Zij menen dat aan het door God gegeven leven niet mag worden getornd. Elke burger heeft de plicht dit leven te beschermen (Nederlands Artsenverbond 1991). Bovendien zou actieve stervenshulp indruisen tegen de Hippocratische opdracht aan artsen om het leven van hun patiënten onder alle omstandigheden te beschermen. Stervenshulp komt, waar levenshulp geboden is. Kuitert (1983) stelt hier als theoloog en ethicus tegenover dat het wel degelijk op morele gronden verdedigbaar is om 'het leven aan God terug te geven als men voor dit leven niet meer dankbaar kan zijn'.

De discussie over het zelfbeschikkingsrecht geeft een continu spanningsveld weer tussen beschermende, restrictieve maatregelen en eventueel zelfs een gedwongen behandeling enerzijds en het respecteren van de autonomie van de patiënt anderzijds. Te veel nadruk op het respecteren van de autonomie kan een onnodige suïcide tot gevolg hebben. Door het verstrekken van een zachte methode krijgt de suïcidant een 'duwtje', wat zeker bij een impulsieve doodswens heel onwenselijk zou zijn (Kerkhof 1983). Er zijn echter geen redelijkerwijs aanvaardbare beschermende maatregelen bekend, die suïcide in vrijwel alle gevallen kunnen voorkomen. En soms kan repressie juist ook leiden tot suïcide (NcGv 1991).

Ook in de jurisprudentie is dit aspect uitvoerig aan de orde gekomen, met name in de recente uitspraak van het Gerechtshof in Leeuwarden waarbij een psychiater (Chabot) werd vrijgesproken nadat hij bij een vrouw hulp bij zelfdoding had verleend. Bij deze vrouw was de diagnose depressie i.e.z. bij een gecompliceerd rouwproces gesteld. Zij wees elke vorm van behandeling af, waardoor er voor de psychiater uiteindelijk geen andere keus over bleef dan haar bij haar wens om te sterven te helpen. (Uitspraak Gerechtshof Leeuwarden 1993.)

2. *Preventie van harde methoden* - Voorstanders van hulp bij zelfdoding menen dat weigeren van hulp zal resulteren in een toevlucht tot gewelddadige methoden van zelfdoding (Van Ree 1982; CAL-rapport 1993). In de uitspraak van het Gerechtshof in Leeuwarden (1993) heeft dit argument ook een rol gespeeld. Of en in welke mate dit het geval is, is evenwel nooit onderzocht. Een verwant argument is dat het onthouden van hulp kan leiden tot de situatie dat de patiënt gedwongen wordt zich in eenzaamheid te suïcidieren, zonder de mogelijkheid nabestaanden tevoren te informeren en op de suïcide voor te bereiden. Ook hierover zijn geen cijfers bekend.

Er is een belangrijk maatschappelijk argument om harde methoden te voorkomen, omdat het zeer belastend is voor omstanders (zoals treinmachinisten) en nabestaanden. Wat tegen het argument van de eventuele toename van harde methoden pleit, is dat uit onderzoek onder psychiatrisch opgenomen patiënten blijkt dat patiënten die zich op een gewelddadige wijze suïcideren lang niet altijd een sterkere doodswens hebben dan degenen die zachtere methoden gebruiken (NcGv 1991). Eerstgenoemden zijn vaak minder goed in staat om een suïcide te plannen, bij voorbeeld door middel van het opsparen van pillen. Daarbij heeft deze vorm van suïcidaal gedrag vaak een tijdelijk en impulsief karakter. Uit het onderzoek van Van Tol (1985) over de balanszelfdoding komt naar voren dat balanszelfdoders zich meestal suïcideren door middel van verstikking of vergiftiging. Hoe zekerder het balanskarakter, hoe groter de kans op suïcide door middel van vergiftiging. Dus géén harde methode. In dit verband wijst een Werkgroep van de Inspectie (GIGV 1993) er overigens op dat nooit te voorspellen valt of en zo ja, op welke manier iemand zich zal suïcideren.

Ten slotte willen we nog verwijzen naar Kuitert die al in 1983 betoogde dat het voorkómen van harde methoden geen principiële argument kan zijn voor hulp bij zelfdoding. Bovendien zou het een vorm van chantage kunnen zijn ('als je mij niet helpt, spring ik van het dak').

Bovenstaande rechtvaardigingsgronden op grond waarvan hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten in bepaalde gevallen overwogen kan worden, zijn niet onomstreden. Zij zijn in het besluitvormingsproces evenwel van een andere dimensie dan de zorgvuldigheidscriteria, die hierna worden besproken.

Zorgvuldigheidscriteria

De zorgvuldigheidscriteria die dienen te worden gevolgd in de meldingsprocedure euthanasie/hulp bij zelfdoding, werden opgesteld in overleg met en met instemming van de Landelijke Overleggroep Openbaar Ministerie - Staatstoezicht op de Volksgezondheid en de KNMG. Ook in de jurisprudentie werden deze zorgvuldigheidscriteria steeds gehanteerd (Chabot 1993; Schudel e.a. 1993; Legemaate 1993).

1. Vrijwilligheid van verzoek - Het moet duidelijk zijn dat de hulpvrager zijn beslissing vrijwillig en onafhankelijk van invloeden van anderen heeft genomen. Zeker bij opgenomen patiënten kan dit een punt zijn (Legemaate en Dillmann 1993). Dit punt behoeft ons inziens geen nader commentaar.

2. Weloverwogen verzoek en wilsbekwaamheid - Een verzoek tot hulp bij zelfdoding dient niet alleen gebaseerd te zijn op een onafhankelijk besluitvormingsproces, maar ook op een adequaat geïnformeerd zijn omtrent de huidige omstandigheden en het behandelings- en toekomstperspectief en het hierover een oordeel kunnen vormen.

Bij veel psychiatrische patiënten is de oordeelsvorming gestoord, waardoor ze niet in staat zouden zijn in vrijheid hun wil te bepalen. Onder meer hierop was de aanvankelijke volledig afwijzende houding van de Hoofdinspectie gebaseerd (GIGV 1991). Een voorbeeld biedt de uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege in 1990: bij de depressieve patiënt in kwestie moest de doodswens gezien worden als onderdeel van zijn ziekte en niet als reactie hierop en kon deze doodswens dus geen uiting zijn van vrije wilsbepaling (Centraal Medisch Tuchtcollege 1990; Schudel e.a. 1993). Ook bij psychosen en bij medicatie-gebruik is het rationele afwegen soms niet meer goed mogelijk.

Hier is tegenin te brengen dat veel (andere) psychiatrische patiënten wel degelijk in staat zijn tot een adequate, autonome oordeelsvorming, op grond waarvan zij óók een zeer ingrijpend besluit, als waarvan hier sprake is, kunnen nemen. Veel psychische stoornissen laten het rationeel denken intact, zoals een dwangstoornis. Zelfs bij psychotische of depressieve patiënten kan dit het geval zijn, zo niet tijdens de psychose of de depressie, dan vaak toch wel tussen de psychotische of depressieve episoden

door.

De Commissie Ethiek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is dan ook van mening dat de aanwezigheid van psychopathologie de autonome oordeelsvorming niet in alle gevallen aantast en dat suïcidaliteit niet een per definitie psychopathologisch verschijnsel is (NVP 1992). Ook de Werkgroep van de Inspectie heeft een meer genuanceerd standpunt, maar stelt wel dat het vaak moeilijk is om te bepalen of een psychiatrische patiënt in staat is tot autonome oordeelsvorming (GIGV 1993).

Het CAL-rapport besteedt veel aandacht aan de weloverwogenheid van het verzoek en de wilsbekwaamheid. In een toelichtend artikel gaat Tholen hier nader op in (Tholen 1993). Als minimumeis wordt gesteld dat de patiënt 'de informatie met betrekking tot de keuze feitelijk moet begrijpen' (CAL-rapport 1993).

Als laatste punt in de discussie over wilsbekwaamheid is het opmerkelijk, dat de vraag naar het beoordelen van de wilsbekwaamheid bij somatisch lijden (ons inziens ten onrechte) in lang niet alle gevallen expliciet wordt gesteld. Ook bij primair somatisch lijden kan sprake zijn van een doodswens die voortkomt uit een tevens aanwezige (èn wellicht zelfs behandelbare) depressie of kan hevige pijn of medicatiegebruik de rationaliteit verminderen. In dit opzicht is ook de stellingname van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVP 1992) belangrijk, waarin gesteld werd dat de problematiek ten aanzien van (hulp bij) zelfdoding binnen de psychiatrie niet principieel anders is dan daarbuiten.

3. Duurzaamheid van de doodswens - Er dient sprake te zijn van een duurzame doodswens. Hoewel een tijdspanne moeilijk is aan te geven, moet worden vermeden dat verzoeken die in een opwelling worden gedaan voor inwilliging in aanmerking kunnen komen.

Tegenstanders van de mogelijkheid tot hulp bij zelfdoding menen dat de vraag om stervenshulp vrijwel altijd een vraag om levenshulp is (Kerkhof 1983). Als een argument wordt aangevoerd dat de meeste suïcidepogers opgelucht zijn wanneer de suïcidepoging is mislukt en ze nog leven. Een suïcidepoging derhalve als 'cry for help'. Hier valt tegen in te brengen dat geslaagde suïcides uiteraard niet zijn na te vertellen en dat levenshulp soms echt niet meer mogelijk is.

Vast staat dat suïcidaliteit nogal eens een tijdelijk karakter heeft, bijvoorbeeld als reactie op een gebeurtenis, zoals in aansluiting op het verlies van een dierbaar persoon. Met name bij bejaarden is dat niet zelden het geval (NcGv 1991). Dan is primair begeleiding in het rouwproces aangewezen en geen stervenshulp (Kerkhof 1992).

4. Ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden - Bij psychische aandoeningen is het zeer moeilijk om de ondraaglijkheid van het lijden vast te stellen, omdat het hierbij gaat om het subjectieve beleven van de patiënt, dat ook nog eens van patiënt tot patiënt kan variëren.

Om deze reden zijn de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (1991) en Kuitert (1983) van mening dat er niet per se sprake hoeft te zijn van ondraaglijk lijden en dat een duurzame doodswens op zichzelf voldoende is voor hulp bij zelfdoding. Daarbij komt dat het ook bij somatisch lijden veelal niet is vast te stellen wanneer iets ondraaglijk is. Immers, heel veel mensen kunnen ernstige pijn en aftakeling verdragen zónder de vraag om stervenshulp.

Het criterium van de uitzichtloosheid wordt bij somatische patiënten synoniem geacht als geen uitzicht op een positief resultaat van behandeling, met andere woorden als onbehandelbaar. Volgens de Inspectie is het niet mogelijk om bij psychiatrische aandoeningen het beloop te voorspellen en zeker te weten of alle alternatieve behandelingen onwerkzaam zijn. Het is altijd mogelijk dat na jaren nog spontaan herstel optreedt (GIGV 1991). Hier valt tegen in te brengen dat niet te ontkennen valt dat er

ernstig psychiatrisch lijden bestaat waar de hulpverlener machteloos tegenover staat (cave: therapeutische almachtsfantasieën). De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP 1992) en vele anderen menen dat hulp bij zelfdoding pas toelaatbaar is als duidelijk is dat er geen reële alternatieve mogelijkheden voor behandeling zijn. De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (1991) neemt hierin een uitzonderingspositie in en meent dat het aan de hulpvrager is om zelf te beslissen of deze nog wel behandeld wil worden. Overigens is het bij somatisch lijden ook niet altijd mogelijk het beloop precies te voorspellen.

5. Intercollegiaal overleg en het wegen van overdrachts- en tegenoverdrachts-aspecten - Over de aard van een intercollegiaal consult bestaat nog veel onduidelijkheid en verschil van mening. Het Centraal Medisch Tuchtcollege oordeelde in de reeds eerder genoemde casus dat in verband met tegenoverdrachtsaspecten in de behandelrelatie altijd een consult van een onafhankelijk psychiater nodig is (Centraal Medisch Tuchtcollege 1990; Schudel e.a. 1993). In een andere casus besloot het Gerechtshof echter tot vrijspraak, ondanks het feit dat naast de huisarts en de behandelend psychiater geen mening van een onafhankelijke derde (psychiater of andere arts) was gevraagd (Chabot 1993). Overigens moet deze zaak nog dienen in hoger beroep. Ten slotte besloot het Gerechtshof Leeuwarden tot vrijspraak in een casus (Chabot) waarin weliswaar zeven consulenten zijn geraadpleegd, maar geen van hen de betrokken patiënte zelf heeft onderzocht (Uitspraak Gerechtshof Leeuwarden 1993).

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1992) doet geen duidelijke uitspraak over de eisen waaraan intercollegiaal overleg moet voldoen. Kuitert (1983) is van mening dat consultatie gericht moet zijn op de beoordeling van de wijze van hulpverlening en niet op de beoordeling van de hulpvraag. Speijer en Diekstra (1980) wijzen op het gevaar van verregaande medicalisering van een niet-medische kwestie als zelfdoding. Van Tol (1986) pleit voor een specialistisch consult om te bepalen in hoeverre de doodswens voortkomt uit een al dan niet behandelbare psychische stoornis. De Werkgroep van de Inspectie is van mening dat een consulterend arts altijd zelf een uitgebreid psychiatrisch onderzoek moet doen om de wilsbekwaamheid, overdrachts- en tegenoverdrachtsaspecten en de mogelijke alternatieven voor behandeling te beoordelen (GIGV 1993).

Deze mening wordt gedeeld door de CAL (CAL-rapport 1993): een consultatie door een onafhankelijke, niet in dezelfde instelling werkende psychiater wordt noodzakelijk geacht ter beoordeling van de wilsbekwaamheid, het behandelingsperspectief en de problematiek van tegenoverdracht. Tenslotte behoort de geconsulteerde psychiater de patiënt, zeker in het geval hij instemt met het verzoek, zelf te onderzoeken.

Er zijn vele overdrachts- en tegenoverdrachtsaspecten die een rol kunnen spelen bij de beslissing om hulp bij zelfdoding te verlenen. Enkele voorbeelden zullen hier worden genoemd. Het argument van de NVVE om hulp bij zelfdoding te verlenen vanuit het motief dat de hulpverlener zich zo goed in de hulpvraag kan verplaatsen (NVVE 1991), kan een gevaarlijk argument zijn, omdat het teveel kan samenhangen met de eigen angst voor aftakeling, afhankelijkheid, eenzaamheid en ziekte (bij voorbeeld 'de eenzame bejaarde'). Hulp bij zelfdoding kan een einde maken aan gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid bij de hulpverlener, die dan opgelucht is tenminste iets actiefs aan het lijden te hebben gedaan (Van Eijk-Osterholt 1978).

Daarentegen kunnen irrationele reddersfantasieën van de hulpverlener bij het weigeren van hulp bij zelfdoding een rol spelen (Berghmans 1992). Bobbe (1988) wijst erop dat nogal wat hulpverleners suïcide zien als een persoonlijk falen van hun hulpverlening. De angst voor de eigen dood van de hulpverlener kan het open bespreken van een doodswens in de weg staan (Rijk 1989). Ook kan de doodswens teveel een strijdpunt worden in de behandelrelatie.

Ten slotte dient ook wat dit punt betreft te worden opgemerkt dat overdrachts- en tegenoverdrachtsaspecten eveneens een rol kunnen spelen in de behandelrelatie met somatisch zieke patiënten.

6. *Zorgvuldigheid t.o.v. naasten c.q. nabestaanden* - Hulp bij zelfdoding kan veel leed aan nabestaanden geven, zowel emotioneel als financieel. Bovendien kan suïcide gericht zijn op wraakneming in de relationele betekenis (Berghmans 1992). Meewerken aan hulp bij zelfdoding kan de nabestaanden later veel schuldgevoelens opleveren. Hier valt tegenin te brengen dat suïcide door middel van een harde methode en/of in eenzaamheid gepleegd, veel meer leed geeft aan nabestaanden. Hulp met goede begeleiding van de nabestaanden kan veel leed voorkomen, zeker als zij worden voorbereid op de zelfdoding en er afscheid genomen kan worden (Diekstra 1979). Volgens Berghmans (1992) zou het onmenselijk zijn als iemand verplicht is voor de nabestaanden in leven te blijven en het lijden te moeten ondergaan. De belangen van de patiënt en van de nabestaanden kunnen tegengesteld zijn en dienen tegen elkaar te worden afgewogen. Onnodig leed door onzorgvuldigheid dient te worden voorkomen. Informeren van de naast betrokkenen vóórdat de suïcide plaatsvindt, verdient dan ook in vrijwel alle gevallen de voorkeur.

7. *Zorgvuldigheid van handelen en vastlegging* - De beslissing tot hulpverlening en de uitvoering daarvan moet al met al zeer zorgvuldig gebeuren. Van dit alles en van het intercollegiale overleg dient een uitgebreide schriftelijke vastlegging te bestaan.

Conclusie

Een psychiater die met de vraag van een psychiatrische patiënt om hulp bij zelfdoding wordt geconfronteerd, zal zeer veel afwegingen behoren te maken. Er bestaan geen argumenten op grond waarvan hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten absoluut verwerpelijk is. Echter, er zijn ook geen argumenten die hulp bij zelfdoding absoluut rechtvaardigen.

Indien men hulp bij zelfdoding niet principieel afwijst (in dat geval zou men overigens de hulpvrager naar een collega moeten verwijzen), kan men in de praktijk uitkomen bij het punt dat men bij een individuele patiënt de vraag moet wegen. Wij hopen dat de door ons hier gepresenteerde bespreking van de zorgvuldigheidscriteria met de literatuurverwijzingen (met name het CAL-rapport) enig houvast voor zorgvuldig handelen kan bieden.

Literatuur

Berghmans, R.L.P. (1992), *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie*

. Thesis Publishers, Amsterdam.

Berghmans, R.L.P. (1993), Het paternalisme voorbij, ethische overwegingen rond hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48, 770-786.

Bobbe, D. (1988), *Had ik maar kanker dan was er begrip*. Doctoraalscriptie, Vakgroep Klinische en Gezondheidspsychologie, Rijksuniversiteit Leiden.

Brunenberg, W., S. Kruyt en P. Schnabel (1991), *Doodsoorzaak: suïcide, een overzicht van onderzoek naar suïcidaal gedrag in de samenleving en in de GGZ*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.

Centraal Medisch Tuchtcollege (1990), Uitspraak hulp bij zelfdoding psychiatrische patiënt d.d. maart 1990. *Medisch Contact* 45, 1313-1314.

Chabot, B.E. (1993), Hulp bij zelfdoding: drie rechtszaken. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48, 715-737.

Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) (1993), *Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten*. KNMG, Utrecht.

Diekstra, R.F.W. (1979), Het recht op zelfdoding om zeep geholpen; hulpverlening en zelfdoding (5): een reactie op Heerma van Voss. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 34, 306-312.

Dillmann, H.J.M. (1993), Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten, omvang problematiek, terminologie en definities, morele afwegingen. *Medisch Contact* 48, 1470-1474.

Eijk-Osterholt, C.A. van (1978), Hulpverlening en zelfdoding: een goede of een bittere dood? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 33, 860-866.

Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1990), Geen hulp bij zelfdoding. *GIGV-Bulletin* 16, 1-2.

Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1991), *Meldingsprocedure euthanasie*. Brief aan alle artsen in Nederland. Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Rijswijk.

Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1993), *De meldingsprocedure euthanasie/hulp bij zelfdoding en psychiatrische patiënten*. Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Rijswijk.

Kerkhof, A.J.F.M. (1983), Hulp bij zelfdoding; onzekerheden en risico's. *Medisch Contact* 16, 470-472.

Kortman, F.A.M. (1993), Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: het ziekenhuisbeleid. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48, 787-796.

Kuitert, H.M. (1983), *Suicide: wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief*. Ten Have, Baarn.

Legemaate, J. (1993), Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: regels en opvattingen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48, 750-769.

Legemaate, J., en R.J.M. Dillmann (1993), Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten, de zorgvuldigheidseisen nader bezien, *Medisch Contact* 48, 1475- 1479.

Nederlands Artsenverbond (1991), Commentaar op kabinetsstandpunt euthanasie. *Medisch Contact* 46, 1543-1545.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1992), Mededeling bestuur (betreffende Commissie Ethiek). *Nieuws en Mededelingen* nr. 86, 2-3.

Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, commissie hulp bij zelfdodingsvragen (1991), *Rapport inzake hulp bij zelfdodingsvragen*. NVVE, Amsterdam.

Ree, F. van (1982), Enkele opmerkingen over euthanasie en/of suïcidaliteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 24, 391-404.

Rijk, C. (1989), Vragen om zelfdoding bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 44, 540-545.

Schudel, W.J., W.A. Nolen, W.K. van Dijk en E.Ph.R. Sutorius (1993), De zaak van de vasthoudende inspecteur; een procedure in het medisch tuchtrecht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48, 738-749.

Speijer, N., en R.F.W. Diekstra (1980), *Hulp bij zelfdoding: een studie van problemen rondom de hulpverlening bij de zelfgewilde dood*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Tholen, A.J. (1993), Wilsbekwaamheid bij een verzoek om levensbeëindigend handelen. *Medisch Contact* 48, 1480-1482.

Tol, D. van (1985), *De balanssuïcide: medische en juridische problemen rond hulp bij zelfdoding*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.

Tol, D. van (1986), De balanszelfdoding. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 130, 199-201.

Uitspraak Gerechtshof Leeuwarden (1993), *Medisch Contact* 48, 1504-1507.

Summary: Assisting with suicide in psychiatric patients. Grounds for justification and criteria of due care

Euthanasia for psychiatric patients is still a controversial subject. This article contains firstly a review of the arguments put forward by different groups and individuals as to whether it is justified, following the example of euthanasia in patients with medical illness, in exceptional cases, to give similar assistance to patients who suffer from psychiatric illness.

The criteria of due care based on jurisprudence are then discussed from the psychiatrists point of view. It is concluded that most of these criteria are also applicable in psychiatry. As far as the criterion of peer consultation is concerned, it is argued, in contrast to earlier jurisprudence, that an independent psychiatrist should be consulted to give an opinion on the criteria of mental competence, the unbearableness and hopelessness of the suffering, and possible countertransference aspects.

De auteurs zijn respectievelijk psychiater, psychiater (H.C. Rümke-groep, locatie Willem Arntsz Huis, Utrecht) en hoogleraar psychiatrie (AZ Dijkzigt, Rotterdam). Correspondentieadres: mevr. M. van der Lijn, De Mey van Streefkerkstraat 51, 2313 JMLeiden. Met dank aan Ruud Jongedijk voor zijn hulp en commentaar bij de samenstelling van dit artikel.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 22-4-1994.