

Ethisch advies over de preventie van zelfdoding in de geestelijke gezondheidszorg

A. LIÉGEOIS, M. ENEMAN

ACHTERGROND Zorgverleners worden regelmatig geconfronteerd met cliënten die zelfdoding overwegen.

DOEL Ethisch advies ontwikkelen bij de vraag hoe zorgverleners ethisch verantwoorde zorg kunnen bieden om zelfdoding te voorkomen.

METHODE De Begeleidingscommissie Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde in Vlaanderen stelde een advies op, na een combinatie van ethische discussie en literatuuronderzoek.

RESULTATEN Zelfdoding werd opgevat als de uiting van een existentiële crisis en wordt medebepaald door de stoornis van de cliënt. Bij de preventie van zelfdoding staan de waarden van beschermwaardigheid van het leven, de autonomie van de cliënt en de zorgrelatie tussen zorgverleners en cliënt op het spel. Om deze waarden te integreren bevat het advies een aantal aandachtspunten. Een goede zorg en zorgrelatie met een intensief begeleiden van de zinbeleving van de cliënt zijn de beste preventie. Daarbij bevorderen de zorgverleners de vrijheid en verantwoordelijkheid van de cliënt. Echter, soms is het noodzakelijk dat de zorgverleners beschermende afspraken maken met de cliënt of deze vrijheidsbeperkende maatregelen opleggen. Een dergelijke preventie vergt ook zorg voor de zorgverleners en de naastbetrokkenen.

CONCLUSIE Vanuit de verbindende waarde van de zorgrelatie streven de zorgverleners naar een redelijke verhouding tussen de beschermwaardigheid van het leven en de autonomie van de cliënt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)5, 315-324]

TREFWOORDEN ethiek, preventie, waarden, zelfdoding

Zelfdoding is een belangrijke doodsoorzaak in onze maatschappij en is dikwijls verbonden met een psychische of psychiatrische problematiek (American Psychiatric Association 2003; De Leo e.a. 2004; Hawton & Van Heeringen 2000; Maris e.a. 2000). Zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg worden dan ook regelmatig geconfronteerd met cliënten die zelfdoding overwegen of een poging daartoe ondernemen. De algemene regel is dat zorgverleners proberen dit te voorkomen. In concrete situaties stellen zorgverleners zich dik-

wijls vragen bij deze regel. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag: hoe kunnen zorgverleners ethisch verantwoorde zorg bieden om zelfdoding te voorkomen? De relevantie van de vraag blijkt uit de volgende casus.

CASUS

Patiënte A is een 40-jarige lerares, gehuwd en moeder van drie tieners. Zij wordt in het psychiatrisch ziekenhuis vrijwillig opgenomen omdat zij

lijdt aan depressie. Drie jaar geleden werd zij om dezelfde reden opgenomen en met succes medicamenteus behandeld. Nu lijkt de situatie ernstiger. Zij gedraagt zich apathisch en verwaarloost zichzelf. Zij voelt zich schuldig en meent dat ze haar werk niet meer aankan, haar man en kinderen tekortdoet en enkel verdient te sterven. Zij is hopeeloos en ziet geen toekomst meer. Ze ontvlucht het ziekenhuis en wordt door de politie teruggevonden. De dreiging van zelfdoding neemt toe. De zorgverleners gaan over tot permanente observatie met nagenoeg volledig ontbreken van privacy en langere periodes van afzondering. Zij vragen zich af hoe ver zij kunnen gaan in de maatregelen om zelfdoding te voorkomen.

ADVIES

De Begeleidingscommissie Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde in Vlaanderen heeft over deze problematiek een ethisch advies geformuleerd. Het is geen advies bij een individuele casus, maar een algemeen zorgadvies dat in vele situaties toepasbaar is. In dit artikel bespreken wij het advies van de begeleidingscommissie; wij speelden een coördinerende en redigerende rol in deze commissie.

ONDERZOEKSMETHODE

Voor het opstellen van het advies werd gekozen voor een onderzoeksmethode waarin ethische discussie en literatuurstudie gecombineerd werden.

De ethische discussie had plaats in het kader van de begeleidingscommissie waaraan 25 ervaren en deskundige zorgverleners deelnamen. Ze vertegenwoordigden de verschillende beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg en de 13 psychiatrische centra van de Broeders van Liefde in Vlaanderen.

Eerst werden de ethische intuïties en praktijken van de deelnemers uitgesproken en geïnventariseerd. Ze zijn immers een belangrijk uitgangspunt voor een praktijkgerichte ethische reflectie.

Ze werden verhelderd en kritisch geëvalueerd door ze te confronteren met de gezichtspunten van de andere deelnemers.

Daarna confronteerden de auteurs de resultaten van de ethische discussie met een literatuuronderzoek op basis van een zoekactie in Pubmed met de trefwoorden 'suicide' and 'prevention' and 'ethics' and 'psychiatry'. Van de 43 resultaten van de zoekactie werden 6 artikelen gebruikt na toetsen van de inhoud van het abstract aan de trefwoorden. Ook 4 andere wetenschappelijke bijdragen werden in het literatuuronderzoek opgenomen.

Vervolgens stelden wij een ontwerpadvies op dat een synthese tot stand bracht tussen de ethische discussie en het literatuuronderzoek. Het ontwerpadvies werd opnieuw in het discussieforum besproken en geamendeerd totdat de deelnemers tot een consensus kwamen over het definitieve advies. Het hele proces vond plaats in een discussieforum dat zodanig open en vrij was dat de deelnemers werkelijk hun mening naar voren konden brengen, los van elke druk van gezag of functie.

Het ethisch advies heeft een aantal methodologische beperkingen. Allereerst geeft het advies geen psychiatrische visie op de preventie van zelfdoding, maar beperkt het zich tot de ethische aspecten van preventie van zelfdoding. Vervolgens is er weinig peer-reviewde ethische literatuur over preventie van zelfdoding. Ten slotte is de ethische discussie in de begeleidingscommissie beïnvloed door de zorgcultuur van de groep van de Broeders van Liefde en het residentiële karakter van de psychiatrische centra van de groep.

VISIE OP ZELFDODING

Het ethisch advies ontwikkelt eerst een visie op zelfdoding: het advies verheldert het begrip zelfdoding, plaatst zelfdoding in een kader tussen existentie en stoornis en schetst de traditionele morele visie op zelfdoding.

Begripsverheldering

Voor een ethische reflectie is een heldere definitie van zelfdoding belangrijk (Andriessen 2006; De Leo e.a. 2004). Het ethisch advies bepaalt zelfdoding als het opzettelijk uitvoeren van handelingen die het eigen leven beëindigen, met als doel uit een lijdenssituatie verlost te worden. Een poging tot zelfdoding is het opzettelijk uitvoeren van handelingen die het eigen leven ernstig bedreigen maar niet beëindigen, met als doel de lijdenssituatie te veranderen. Preventie van zelfdoding is dan het proberen te voorkomen van zelfdoding of een poging tot zelfdoding.

In het advies verkiest men de term 'zelfdoding' boven 'zelfmoord' omdat 'moord' impliciet reeds het oordeel bevat dat het doden ongerechtvaardigd is. Het begrip 'zelfdoding' bevat dit oordeel of deze veroordeling niet en past daarom beter bij het begeleiden van cliënten. De term 'suicide' vonden wij in het Nederlands te technisch klinken.

Zelfdoding tussen existentie en stoornis

Uitgangspunt van het ethisch advies is dat zelfdoding verweven is met de aandoening of stoornis van cliënten, maar tegelijk de uiting is van een existentiële crisis (Eneman & Sabbe 2006; Van Loenen 2005).

Existentieel verwijst naar de existentie of het bestaan van mensen. Mensen staan op een bepaalde wijze in het leven en zijn op zoek om zin in hun leven te vinden en te beleven. Dit is ongetwijfeld zo bij veel cliënten. Ze stellen zich uitdrukkelijk of onuitgesproken vragen over de zin van hun leven. Waarom overkomt dit psychisch lijden mij? Wat heb ik verkeerd gedaan? Wat heb ik van mijn leven gemaakt? Wie ben ik eigenlijk? Wat is nu de zin van mijn leven? Hoe kan ik verder leven met dit psychisch lijden? Hoe kan ik samenleven met anderen? Wat is mijn toekomst? Als de zin van het leven zoek is, kan het leven een ondraaglijk en uitzichtloos lijden worden. De cliënt voelt zich gedemoraliseerd en hopeloos. Om

uit dit lijden verlost te geraken, zien cliënten soms geen andere uitweg dan zelfdoding.

Het zoeken en beleven van zin worden mede bepaald door het psychisch functioneren van mensen. Bij cliënten in de geestelijke gezondheidszorg speelt hun psychiatrische problematiek een belangrijke rol in de zinbeleving. Cliënten kunnen in bepaalde situaties lijden vanuit hun psychiatrische problematiek en inzicht in hun levenssituatie verliezen. De stoornis kan hun leven zo beheersen dat ze geen enkele afstand van hun psychiatrische problematiek kunnen nemen. Ze worden soms door een innerlijke dwang van hun stoornis tot zelfdoding gedreven. In deze situaties is zelfdoding geen bewuste keuze voor de dood en tegen het leven.

In bepaalde situaties kunnen cliënten lijden onder hun psychiatrische problematiek en inzicht in hun levenssituatie behouden. Hoewel de stoornis hun beleving van de realiteit kan vertekenen en vernauwen, kunnen deze cliënten wel een zekere afstand nemen van hun problematiek. Ze kunnen zich bewust worden van de ernst van hun existentiële crisis en indringende vragen naar de zin van hun leven stellen. Ze kunnen zich ontmoedigd en hopeloos voelen en hun levensperspectief verliezen. Soms vinden ook de zorgverleners dat bepaalde cliënten nagenoeg geen uitzicht meer hebben. Bij de meeste cliënten is de keuze voor zelfdoding sterk beïnvloed door hun stoornis en dus minder vrijwillig en overwogen. Sommige cliënten maken echter een balans op van hun leven en komen tot een meer vrijwillige en overwogen keuze voor zelfdoding. Een psychiatrische problematiek leidt meestal tot een verminderde wilsbekwaamheid om een keuze voor zelfdoding te maken, maar niet altijd.

De traditionele, morele visie op zelfdoding

In de traditionele, westerse visie werd zelfdoding bijna altijd veroordeeld (Kuitert 1994). Er waren drie argumenten. Zelfdoding is een vergrijp tegen het eigen leven omdat mensen van nature willen leven en streven naar zelfbehoud. Het is ook

een vergrijp tegen de samenleving en de naastbetrokkenen omdat mensen verantwoordelijkheid voor elkaar en in de maatschappij dragen. Zelfdoding is ten slotte ook een vergrijp tegen God omdat Hij Schepper en Heer van het leven is. Een radicale opvatting van deze argumenten leidt tot een onvoorwaardelijke plicht tot leven. Mensen mogen dan aan deze plicht niet verzaken door zelfdoding.

Deze radicale opvatting en de onvoorwaardelijke plicht tot leven zijn echter moeilijk vol te houden, zeker vanuit het perspectief van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (Liégeois 1997). Sommige cliënten ervaren in hun existentiële crisis het leven niet meer als iets goeds dat ze willen behouden, maar als een ondraaglijk en uitzichtloos lijden waarvan ze verlost willen worden. Vervolgens ervaren sommige cliënten hun leven alsof het geen waarde meer heeft voor de samenleving of voor andere mensen. Ze voelen zich dan ook niet meer geroepen om verantwoordelijkheid tegenover hen te nemen. Ten slotte ervaren cliënten die niet in God geloven of twijfelen aan hun geloof, het argument van Gods schepping als niet overtuigend voor hen. Het is goed te begrijpen dat sommige cliënten in een existentiële crisis deze argumenten en de onvoorwaardelijke plicht tot leven niet meer als zinvol ervaren.

Niettemin blijven deze argumenten in de meeste situaties wel heel betekenisvol. Mensen hebben een ernstige verantwoordelijkheid tegenover hun eigen leven, hun naastbetrokkenen, de gemeenschap en hun levensovertuiging. Maar dit leidt niet tot een onvoorwaardelijke plicht tot leven. Het is belangrijk dat zorgverleners het niet-onvoorwaardelijke karakter van het leven aanvaarden en geen veroordelende houding aannemen tegenover cliënten die zelfdoding overwegen.

WAARDEN BIJ PREVENTIE VAN ZELFDODING

Het ethisch advies onderscheidt drie onderliggende waarden die op het spel staan bij de preventie van zelfdoding: de beschermwaardigheid

van het leven, de autonomie van cliënten en de zorgrelatie tussen zorgverleners en cliënten (Liégeois 1997; 2007).

De beschermwaardigheid van het leven

De beschermwaardigheid van het leven is de fundamentele waarde bij uitstek omdat het leven het fundament en de voor-waarde is voor alle andere waarden. Ook al hebben cliënten zelf geen onvoorwaardelijke plicht om te leven, de zorgverleners hebben wel de plicht om hun leven te beschermen. Hier komen de ethische en juridische verantwoordelijkheid overeen: zorgverleners leveren een inspanningsverbintenis om als een 'goede huisvader' cliënten te begeleiden en dus te voorkomen dat ze tot zelfdoding overgaan.

Sommigen vatten de beschermwaardigheid radicaal op en rechtvaardigen daarom alle nodige vrijheidsbeperkende maatregelen om cliënten te beschermen. Anderen relativeren de beschermwaardigheid van het leven en wegen deze af tegenover andere waarden.

De autonomie van cliënten

Autonomie is een fundamentele waarde die in de hedendaagse maatschappij sterk beklemtoond wordt. Autonomie impliceert dat mensen hun eigen keuzes mogen maken, voor zover ze de autonomie van anderen niet schaden.

Sommigen trekken de waarde van autonomie radicaal door. Mensen mogen anderen weliswaar niet schaden en niet doden, maar ze mogen wel zichzelf schaden en zichzelf doden. Volgens deze radicale opvatting hebben mensen recht op zelfdoding. Anderen relativeren de waarde van autonomie omdat mensen leven in verbondenheid met anderen en daardoor verantwoordelijkheid tegenover hen hebben. Bovendien veronderstelt autonomie wilsbekwame personen. Bij cliënten kan de psychiatrische problematiek de wilsbekwaamheid verminderen. In deze relativerende opvatting wordt de autonomie afgewogen tegenover andere waarden.

De zorgrelatie tussen zorgverleners en cliënten

De zorgrelatie is een fundamentele waarde in de zorgverlening zelf. Zorgverleners hebben de taak de best mogelijke zorg vanuit een interdisciplinaire benadering aan cliënten aan te bieden. Een noodzakelijke voorwaarde daartoe is een goede relatie tussen zorgverleners en cliënten. Deze relatie kan zich ontwikkelen tot een sterke samenwerkings- en vertrouwensrelatie. Een dergelijke relatie kan zin geven voor cliënten. Voor sommige cliënten is de zorgrelatie de enige doorleefde relatie.

Sommigen vatten de waarde van de zorgrelatie radicaal op en willen vanuit die relatie blijvend zorg bieden. Anderen zien de zorgrelatie als een fundamentele waarde die ze in concrete situaties tegenover andere waarden afwegen.

Verscheidenheid bij het afwegen van waarden

Iedereen zal het er wellicht over eens zijn dat beschermwaardigheid, autonomie en zorgrelatie belangrijke waarden zijn. Maar wanneer deze waarden in een spanningsveld komen te staan, kan er een grote verscheidenheid zijn bij het afwegen ervan. Bij de preventie van zelfdoding is het belangrijk dat de zorgverleners de voornoemde waarden proberen te integreren. Ze kunnen niet de ene waarde in alle gevallen hoger stellen ten koste van de andere. De drie waarden zijn per definitie waardevol en het komt erop aan zoveel mogelijk de beschermwaardigheid, de autonomie en de zorgrelatie te realiseren.

PREVENTIEVE ZORG VOOR ZELFDODING

Om de waarden van beschermwaardigheid, autonomie en zorgrelatie in de praktijk te integreren, geeft het ethische advies een aantal aandachtspunten voor zorgverleners bij de preventieve zorg voor zelfdoding (Battin 1995; Bell 1999; Bron 1986; Coverdale e.a. 2007; Forceville 1999; Hewitt & Edwards 2006; Heyd & Bloch 1999; Liégeois 1997; Maltzberger 1994; Sartorius 1983). Er is

een logische opbouw van deze aandachtspunten, maar geen chronologische volgorde.

Inleving en begrip tonen

Het ethische uitgangspunt gedurende het hele proces van preventie van zelfdoding is een grondhouding van inleving en begrip. Wanneer zorgverleners omgaan met een cliënt met een neiging of poging tot zelfdoding, is het uiterst belangrijk dat ze de situatie ernstig nemen. Cliënten dreigen immers vast te geraken in een eigen logica van de dood waarbij gevoelens en gedachten onvermijdelijk naar zelfdoding leiden. Preventie van zelfdoding veronderstelt dat zorgverleners inleving en begrip voor de situatie van cliënten tonen. Ze proberen de gevoelens en de gedachten van cliënten zo goed mogelijk aan te voelen en te begrijpen. Een volledig inleven en begrijpen is niet mogelijk en niet wenselijk omdat het afbreuk zou doen aan de eigenheid van de beleving van cliënten.

Inleving en begrip zijn een teken van respect voor cliënten. Ze zijn ook een eerste vorm van zorg omdat het cliënten helpt om hun gevoelens en gedachten te verwoorden tegenover iemand anders en te plaatsen in een bredere context. Inleving en begrip impliceren niet dat de zorgverleners de neiging of poging tot zelfdoding zouden goedkeuren. Ze zijn wel voorwaarden om zelfdoding bespreekbaar te maken.

Signalen herkennen en risico inschatten

Vanuit deze grondhouding proberen zorgverleners signalen te herkennen en het risico in te schatten. Zelfdoding is immers een existentieel proces dat zijn wortels heeft in de levensgeschiedenis en de leefwereld van cliënten. Het is belangrijk dat de zorgverleners vanuit een grondige diagnostiek de signalen zo vroeg mogelijk herkennen zodat ze zo vlug mogelijk een gepast zorgproces kunnen beginnen. Ze kunnen signalen opvangen in de indirecte en directe verbale boodschappen en in de non-verbale uitingen en gedragingen van cliënten.

Het is eveneens belangrijk het risico op zelfdoding zo goed mogelijk in te schatten. Ingrijpende levensgebeurtenissen, een psychiatrische problematiek en vroeger suïcidaal gedrag zijn belangrijke risicofactoren. Scoringsinstrumenten kunnen een hulpmiddel zijn om dit risico in te schatten, maar er spelen ook altijd zeer individuele factoren een rol. Daarom gebeurt het inschatten van het risico nooit zonder gesprekken tussen zorgverleners en cliënt. De inschatting wint aan betrouwbaarheid als de zorgverleners met elkaar in teamverband het risico bespreken.

Een zorgrelatie opbouwen

Een belangrijke hefboom in de preventieve zorg voor zelfdoding is de zorgrelatie. Die relatie is niet alleen de basis voor het bieden van goede zorg; het opbouwen van een zorgrelatie is zelf ook goede zorg. In de zorgrelatie drukken de zorgverleners uit dat ze betrokken zijn bij cliënten. Niet alleen in woorden, maar ook in daden drukken ze uit dat de cliënten voor hen de moeite waard zijn. Ze laten aanvoelen dat het leven van cliënten voor hen zinvol is, ook al ervaren de cliënten zelf alleen zinloosheid in het leven.

De zorgrelatie is niet alleen een opvangende relatie, maar dikwijls ook een vervangende relatie. Het is een soort vrije ruimte waarin cliënten (opnieuw) kunnen leren om in communicatie te treden en een relatie op te bouwen. De kans om dit in een veilige en beschermde relatie te mogen leren, is op zich een hoopvolle ervaring die zin aan hun leven kan geven.

Goede zorg aanbieden

De kern van de preventie van zelfdoding ligt in de dagelijkse zorg. Deze zorg wordt het beste zo integraal mogelijk vanuit een interdisciplinaire benadering aangeboden. Dit betekent dat zorgverleners samenwerken om vanuit een biologische, psychologische, sociale en existentiële benadering zorg te bieden.

Omdat zelfdoding een uiting is van een exi-

stentiële crisis, is het essentieel dat de zorgverleners werken aan de zinbeleving van cliënten. Deze zin kan gemakkelijker gevonden en beleefd worden als de zorgverleners door sociale interventies de leefsituatie van cliënten gunstiger maken. De zorgverleners kunnen vanuit psychotherapeutische benaderingen de gevoelens en gedachten rond zelfdoding in de levensgeschiedenis van cliënten verhelderen. Een goede behandeling veronderstelt ook, indien aangewezen, een adequate farmacotherapie. Daarbij zijn de zorgverleners er zich van bewust dat sommige behandelingen het risico op zelfdoding kunnen verhogen en dat cliënten de geneesmiddelen kunnen gebruiken voor zelfdoding.

Het is belangrijk dat de zorgverleners de naastbestaanden van de cliënt betrekken bij de preventieve zorg voor zelfdoding. Ze kunnen immers een belangrijke rol spelen. Dit gebeurt uiteraard in overleg met de cliënt.

Werken aan zinbeleving

In de zorg speelt de zinbeleving een belangrijke rol. Zinbeleving kan geplaatst worden op een tijds- en ruimtelijn. De tijdslijn is de weg die cliënten afleggen tussen hun geboorte en hun dood. Dit vormt hun levensgeschiedenis. Daarbij stellen cliënten zich vragen naar hun oorsprong en naar hun bestemming. Wie ben ik en waar kom ik vandaan? Waar ga ik naar toe en wat is mijn toekomst?

De ruimtelijn is de spanning die cliënten ervaren tussen hun zelfstandigheid en hun verbondenheid. Dit is hun leefwereld. De meeste cliënten willen zelfstandig zijn, zelf keuzes maken en verbonden zijn met andere mensen. Ze leven in een netwerk van relaties, met onder andere familiale en sociale relaties, in een sociaal-culturele en natuurlijke omgeving, en in relatie tot een transcendente werkelijkheid. Cliënten kunnen zich vragen stellen bij hun zoeken naar zelfstandigheid en naar verbondenheid. Hoe kan ik samenleven met anderen zonder mezelf te verliezen? Waar liggen de grenzen van mijn vrijheid en mijn verantwoordelijkheid?

Cliënten beleven zin in het hier en het nu, op het snijpunt van tijd en ruimte, van hun levensgeschiedenis en leefwereld. Als de zin van het leven zoek is, kunnen ze lijden aan het leven. Zorgverleners kunnen cliënten helpen in het zoeken en ontdekken van zin door met hen de tijdslijn en de ruimtelijn te verkennen, door hun levensgeschiedenis te verwoorden en hun leefwereld in kaart te brengen. Samen verhelderen ze de vragen naar oorsprong en bestemming, zelfstandigheid en verbondenheid. De zorgverleners helpen de cliënten de fragmenten van hun levensverhaal samen te brengen in een groter geheel.

Beschermende afspraken maken

Soms kan het nodig zijn om beschermende maatregelen te nemen. Een eerder advies van de Begeleidingscommissie Ethiek stelt dat dergelijke beslissingen het beste in overleg met de cliënt kunnen worden genomen (Liégeois & Eneman 2004). Overleg is in dat advies immers het algemene model om tot keuzes in de zorg te komen.

Wanneer beschermende maatregelen nodig zijn, kunnen de zorgverleners dit voorleggen aan de cliënt. Ze leggen de cliënt uit waarom volgens hen een beschermende maatregel noodzakelijk is. Ze vragen de cliënt iets te doen dat hij of zij anders niet zou doen, of iets niet te doen dat hij of zij anders wel zou doen. De zorgverleners motiveren waarom ze deze maatregel noodzakelijk vinden. Ze motiveren de cliënt om met de maatregel akkoord te gaan. Zo kunnen ze in overleg en met wederzijds akkoord komen tot een afspraak die de cliënt beschermt tegen zelfdoding.

Vrijheidsbeperkende maatregelen nemen

In crisissituaties is het mogelijk dat de zorgverleners niet meer met de cliënt kunnen overleggen over beschermende afspraken. Verdere maatregelen dringen zich dan op om het leven te beschermen. Deze maatregelen hebben onvermijdelijk een vrijheidsbeperkend karakter. In sommige situaties verzet de cliënt zich niet tegen de

vrijheidsbeperking. In andere situaties verzet de cliënt zich wel en wordt de vrijheidsbeperking een dwangmaatregel. In een eerder advies omschreef de Begeleidingscommissie Ethiek de criteria voor vrijheidsbeperking of dwang (Liégeois & Eneman 2004).

Een eerste criterium stelt dat de cliënt onvoldoende wilsbekwaam is of innerlijk vermogen heeft om zijn gedrag te kiezen, en dat de maatregel het kader vormt om dit vermogen opnieuw te bevorderen. Er wordt aan dit criterium voldaan als de cliënt vanuit zijn psychiatrische stoornis zichzelf wil doden.

Een tweede criterium bepaalt dat er zonder vrijheidsbeperking ernstige schade dreigt aan het leven of de integriteit van de cliënt, en dat de maatregel gericht is op de bescherming van de cliënt. Bij een reële dreiging van zelfdoding is aan deze voorwaarde voldaan.

Een derde criterium is dat er een proportionele of redelijke verhouding is tussen de graad van vrijheidsbeperking en de ernst van de dreiging van schade aan het leven of de integriteit van de cliënt. Dit criterium is belangrijk omdat het de zorgverleners aanzet om de graad van vrijheidsbeperking zorgvuldig af te wegen.

In de door ons beschreven casus is het wellicht zo dat de cliënte onvoldoende wilsbekwaam is en dat er een reële dreiging van zelfdoding is. De vraag is echter of de maatregelen van de zorgverleners bij deze vrouw verantwoord zijn. Is er een redelijke verhouding tussen de bescherming van het leven en de beperking van de vrijheid? Bij een acuut gevaar voor zelfdoding is de bedreiging van het leven zo ernstig en reëel dat een ingrijpende vrijheidsbeperking zoals afzondering of eventueel fixatie verantwoord kan zijn. Echter, de vrijheidsbeperking mag niet langer duren en mag niet meer vrijheid beperken dan werkelijk noodzakelijk is; anders is er geen redelijke verhouding meer tussen de bescherming van het leven en de beperking van de vrijheid.

Een langdurige, ingrijpende vrijheidsbeperking is dus zeer moeilijk te verantwoorden. Als er geen acuut gevaar voor zelfdoding meer is, bou-

wen de zorgverleners de vrijheidsbeperking dan ook progressief af. Op het ogenblik dat zelfdoding opnieuw acuut wordt, stellen de zorgverleners de vrijheidsbeperking opnieuw in. Het is dus zeer belangrijk dat de zorgverleners langdurige en ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen nooit als vanzelfsprekend beschouwen. Daarom nemen ze verantwoorde initiatieven om opnieuw meer vrijheid te geven als er geen acuut gevaar voor zelfdoding meer is.

Vrijheid en verantwoordelijkheid bevorderen

Hiermee komen we aan het delicate evenwicht tussen het geven en het beperken van vrijheid en verantwoordelijkheid. Cliënten kunnen slechts zin in hun leven vinden en beleven, indien ze van vrijheid kunnen genieten en een eigen levensproject kunnen ontwikkelen. Zinbeleving veronderstelt vrijheid. Maar vrijheid impliceert ook verantwoordelijkheid. Het is belangrijk dat de zorgverleners zoveel mogelijk verantwoordelijkheid aan cliënten geven.

Zo komen zorgverleners en cliënten in een spanningsveld terecht. Enerzijds geven de zorgverleners vrijheid en verantwoordelijkheid omdat het noodzakelijke voorwaarden zijn om zin in het leven te vinden en gestalte te geven aan de waarde van de autonomie. Anderzijds beperken de zorgverleners de vrijheid en nemen de verantwoordelijkheid over bij een acute dreiging van zelfdoding om de beschermwaardigheid van het leven te waarborgen en de best mogelijke zorg en behandeling te verstrekken.

ZORG VOOR NAASTBETROKKENEN

Het ethisch advies heeft ook aandacht voor de naastbetrokkenen. Bij het bieden van preventieve zorg, het omgaan met een crisissituatie of het verwerken van een zelfdoding is zorg voor de naastbetrokkenen essentieel. Deze naastbetrokkenen zijn zowel de familieleden als de zorgverleners en de medecliënten. Wanneer een cliënt zichzelf wil doden, komen er heel wat gevoelens en emoties

naar boven. De naastbetrokkenen kunnen zich onmachtig voelen tegenover de situatie van de cliënt omdat ze er niet in slagen een zinvol alternatief te bieden. In een crisissituatie kunnen ze zich schuldig voelen omdat ze hun verantwoordelijkheid tegenover de cliënt onvoldoende hebben kunnen opnemen. Zelfdoding confronteert hen bovendien met de eindigheid van het leven, de angst voor het sterven en de dood, en de beangstigende mogelijkheid om dit zelf ook te doen. Het is belangrijk dat de naastbetrokkenen deze gevoelens en emoties kunnen verwoorden en ze een plaats in hun beleving kunnen geven. Daarbij is het belangrijk de schuldgevoelens te verhelderen want ze kunnen onterecht zijn wanneer de zelfdoding onvermijdelijk was, zelfs met de best mogelijke zorg en behandeling. In het bijzonder hebben de zorgverleners hier de taak om naar elkaar en naar de andere naastbetrokkenen te luisteren.

OMGAAN MET EIGEN ONMACHT

Gedurende dit hele proces van begeleiding en preventie van zelfdoding kunnen zorgverleners zich onmachtig voelen. Als zorgverleners met onmacht geconfronteerd worden, is het belangrijk dat ze deze onmacht proberen te aanvaarden en er een hanteerbare plaats aan geven. Als ze de situatie vermijden of ervoor vluchten omdat ze denken niets meer te kunnen doen, trappen ze in de val van de onmacht. Het is beter bij de cliënt te blijven, ook als ze schijnbaar niets meer kunnen ondernemen. Ook als er geen behandeling meer mogelijk is, kunnen de zorgverleners nog veel doen. Ze kunnen verbonden blijven met de cliënt om het lijden samen te dragen en te blijven dragen. De zorgverleners staan borg voor de zorgrelatie en voor menselijke verbondenheid.

Maar het is ook mogelijk dat zorgverleners deze aanvaarding en verbondenheid niet meer kunnen dragen. Dan is het belangrijk dat ze daarover spreken met andere mensen. In een team kunnen zorgverleners een beroep doen op solidariteit. Als de ene zorgverlener de begeleiding en verbondenheid niet meer kan bieden, kan een

ander dit wellicht nog wel. Indien nodig, kan ook externe ondersteuning gezocht worden.

BESLUIT

Als een rode draad loopt door het ethisch advies een pleidooi om zoveel mogelijk de drie fundamentele waarden te integreren en gestalte te geven: de waardigheid van het leven beschermen door zelfdoding te voorkomen, de autonomie van cliënten respecteren door vrijheid en verantwoordelijkheid te bevorderen, en de zorgrelatie uitbouwen met goede zorgverlening. In dit spanningsveld van waarden hebben zorgverleners de plicht het leven te beschermen. Vanuit hun autonomie hebben cliënten echter geen onvoorwaardelijke plicht tot leven. Steeds streven de zorgverleners vanuit de verbindende waarde van de zorgrelatie naar een redelijke verhouding tussen het beschermen van het leven en het respecteren van de autonomie.

LITERATUUR

- Andriessen, K. (2006). On 'intention' in the definition of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 533-538.
- American Psychiatric Association (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours. *American Journal of Psychiatry*, 160 (11 Suppl.), 1-60.
- Battin, M. (1995). *Ethical issues in suicide*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bell, D. (1999). Ethical issues in the prevention of suicide in prison. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 723-728.
- Bron, B. (1986). Ethische und juridische Aspekte des Suizidproblems. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 54, 232-240.
- Coverdale, J., Roberts, L., & Louie, A. (2007). Encountering patient suicide. Emotional responses, ethics, and implications for training programs. *Academic Psychiatry*, 31, 329-332.
- De Leo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof A., e.a. (2004). *Suicidal behaviour: theories and research findings*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Eneman, M., & Sabbe, B. (2006). Hopeloosheid bij patiënten met schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 373-382.
- Forceville, G. (1999). Wat als de dood te laat komt? Ethische beschouwingen over een therapeutische hulpverlening bij zelfdoding. *Tijdschrift Klinische Psychologie* 29, 203-210.

- Hawton, K., & van Heeringen, K. (red.) (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley.
- Hewitt, J., & Edwards, S. (2006). Moral perspectives on the prevention of suicide in mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 665-672.
- Heyd, D., & Bloch, S. (1999). The ethics of suicide. In S. Bloch, P. Chodoff & S.A. Green (red.). *Psychiatric Ethics* (pp. 441-460). Oxford: Oxford University Press.
- Kuitert, H. (1994). *Suicide: wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief*. Baarn: Ten Have.
- Liégeois, A. (1997). *Begrensde vrijheid. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Kapellen: Pelckmans.
- Liégeois, A., & Eneman, M. (2004). Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg: een ethisch advies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 369-378.
- Liégeois, A. (2007). Persoon en waarden als fundering van ethiek in de zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 17, 2-6.
- Loenen, G. van (2005). *Voor de geest staan. Zorg voor zingeving als taak van de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: KSGV.
- Maris, R., Berman, A., & Silverman, M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press.
- Maltsberger, J. (1994). Calculated risk taking in the treatment of suicidal patients. Ethical and legal problems. *Death Studies*, 18, 439-452.
- Sartorius, R. (1983). Coercive suicide prevention. A libertarian perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 13, 293-303.

AUTEURS

A. LIÉGEOIS is ethicus, hoogleraar aan de faculteit Godgeleerdheid van de KU Leuven en stafmedewerker bij de Broeders van Liefde te Gent.

M. ENEMAN is psychiater, hoofdgeneesheer in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek en stafmedewerker bij de Broeders van Liefde te Gent.

Correspondentieadres: prof. dr. A. Liégeois, Faculteit Godgeleerdheid, Sint-Michielsstraat 6, Postbus 3101, B-3000 Leuven, België.

E-mail: axel.liegeois@theo.kuleuven.be.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-10-2008.

SUMMARY

Ethical advice on the prevention of suicide in mental health care – A. Liégeois, M. Eneman –

BACKGROUND Professional carers are regularly confronted with clients who want to commit suicide.

AIM To develop ethical advice on the question how professional carers can provide ethically justified care that will prevent suicide.

METHOD The research method combines ethical discussion with a review of the literature.

RESULTS According to the ethical advice, suicide is a manifestation of an existential crisis and is determined partly by the client's pathology. Three values are at stake in the prevention of suicide: the inviolability of life, the autonomy of the client and the care relationship between carers and their client. In order to integrate these values it is advisable to give attention to the following points. The best prevention consists of good care and a good care relationship involving intensive counselling of the client with regard to existential questions. In this way carers can increase the client's freedom and responsibility. Sometimes, however, carers need to come to protective agreements with the client or impose coercive measures in order to restrict the client's freedom. Such preventive measures must be accompanied by care for the carers themselves and the client's next of kin.

CONCLUSION By means of the integrating value of the care relationship carers should try to achieve a reasonable balance between the inviolability of life and the autonomy of the client.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)5, 315-324]

KEY WORDS ethics, prevention, suicide, values