

# Moet ik haar gaan zoeken?

Mevrouw Kerstens is 56 jaar en al 15 jaar opgenomen in een GGZ-instelling voor een depressie en suïcidepogingen. Ze heeft al diverse behandelingen gehad, behalve ECT (Elektro Conversie Therapie, elektroshock). Niets heeft geholpen. Door de jaren heen ervaren diverse behandelteams haar als een coöperatieve, vriendelijke vrouw. Maar niemand twijfelt aan de bedoeling achter haar suïcidepogingen: het is duidelijk dat mevrouw op zulke momenten echt dood wil. Gelukkig kan ze iedere keer na een paar maanden crisisinterventie weer op de verblijfsafdeling functioneren. De stemming blijft somber, maar de (acute) suïcidaliteit verdwijnt.

Op dit moment is mevrouw alweer zes maanden voor crisisinterventie op de gesloten behandelafdeling. Van een ECT wil mevrouw niets weten. Ze zegt niet meer te willen leven en vraagt voor het eerst in al die jaren herhaaldelijk om hulp bij zelfdoding. Het team concludeert dat hulp bij zelfdoding op dit moment onbespreekbaar is. Eerst moet mevrouw ECT proberen. Daarna is het onderwerp eventueel bespreekbaar. Overigens zegt het team dat hulp bij zelfdoding nooit op de afdeling kan gebeuren in verband met het effect op de andere patiënten. Als mevrouw hoort dat hulp bij zelfdoding op dit moment niet kan, doet zij opnieuw een aantal suïcidepogingen. Ze kan en wil echt

niet meer, zegt ze. De druk op het team wordt groter. Op een keer treft de verpleegkundige van de nachtdienst mevrouw niet aan tijdens haar ronde. De verpleegkundige voelt instinctief dat een volgende suïcidepoging gaande is, maar voelt ook weerstand die te onderbreken. Ze is ervan overtuigd dat het vroeg of laat toch een keer gebeurt en vindt de toestand waarin mevrouw zich bevindt onmenselijk. Door de slechte prognose en de voortdurende dringende vraag om hulp, bekruipt haar de neiging niet meteen te gaan zoeken en mevrouw even de tijd te geven. Niemand hoeft het te weten. Haar dilemma: doe ik m'n werk en ga ik zoeken of wacht ik nog een kwartiertje?

## GEEN EENMANSACTIE

“Mevrouw vraagt voor het eerst in jaren naar de mogelijkheid om zelf over haar leven te beschikken. Als verpleegkundige heb je een signalerende functie en het is je professionele verantwoordelijkheid om in teamverband op deze hulpvraag te anticiperen. In de casus wordt mevrouw gedwongen tot een behandeling die ze niet wil. De collega-verpleegkundigen hadden kritische vra-

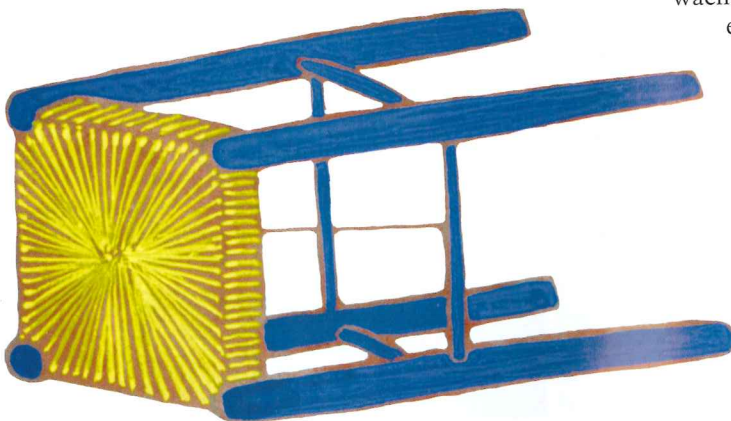
gen kunnen stellen aan de behandelend psychiater, bijvoorbeeld waarom hij het protocol dwangmatig wil afwerken en wat hij van die behandeling verwacht. De verpleegkundigen hadden een discussie op gang kunnen brengen over euthanasie en hulp bij zelfdoding in hun kliniek, bijvoorbeeld door een open brief aan de directie, bestuur, psychiater-directeur behandelzaken te richten met de vraag: ‘Wat wordt van wie verwacht bij een vraag om

euthanasie of hulp bij zelfdoding?’ Bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) zou je kunnen navragen of er al vergelijkbare afdelingen zijn die met een euthanasie-protocol werken. Waarom nog eens het wiel uitvinden? Wanneer een team

er niet uitkomt, kan afhankelijk van de concrete situatie hulp van bijvoorbeeld de patiëntvertrouwenspersoon of de huisarts de NVVE ingeschakeld worden.

Terug naar de nachtcollega: doe geen eenpersoonsactie, daar krijg je wroeging van. Daarnaast heb je ook kans op ontslag. Ik zou de dienstdoende psychiater alarmeren en ondertussen wel zelf gaan zoeken naar patiënte. Artikel 255 Wetboek van Strafrecht bepaalt dat *gestraft wordt degene die opzettelijk iemand tot wiens onderhoud verzorging of verpleging hij krachtens de wet gehouden is, in een hulpeloze toestand brengt of laat*. Artikel 450 Wetboek van Strafrecht bepaalt dat *gestraft wordt degene die getuige van het ogenblikkelijke levensgevaar, waarin een ander verkeerd, nalaat die hulp te verschaffen*. Meer informatie over dit onderwerp kun je krijgen bij de NVVE: [www.nvve.nl](http://www.nvve.nl).”

Jeannette Bastmeijer, verpleegkundige en jurist





ILLUSTRATIE: PETER VAN HUGTEN

## ONZE PLICHT

”Roep onmiddellijk je collega en ga samen zoeken. Iemand vinden in je eentje, ook nog midden in de nacht, is extra akelig. Zoeken dus. Als hulpverleners schipperen we voortdurend tussen onze plicht om de autonomie van de patiënt te vergroten en de plicht om onze patiënten te beschermen. De wensen van de patiënt staan centraal... tot het een doodswens is. Dan gaan er andere mechanismes spelen. We passen deze wens en gaan beschermen omdat we vermoeden dat iemand niet wilsbekwaam is. Maar we lijken de redenering ook om te draaien: iemand is wilsbekwaam omdat hij dood wil. Dan zou zelf-

doding dus nooit ‘mogen’. Terug naar jouw patiënt. Is er in de betere tijden weleens met de patiënt gesproken over haar wensen als ze weer in crisis zou komen? Iemand die zo diep depressief is, zou je met recht wilsbekwaam kunnen noemen. In betere tijden had ze vrijheden; er was toen meer ruimte om zich van het leven te beroven. Hoewel we ons dat misschien niet goed kunnen voorstellen, vond zij het leven op dat moment blijkbaar voldoende de moeite waard. In dit soort situaties moeten we niet onze eigen normen over waardevol leven gaan projecteren op de zieke patiënt. Voor je het weet, oordeel je

over het leven van een ander. Maar dan nog. Mocht je haar vinden zonder hartslag en ademhaling zou ook ik voor burgerlijke ongehoorzaamheid kiezen en niet gaan reanimeren. Waarschijnlijk is daarover ook nooit iets afgesproken. We schrikken er in de GGZ voor terug om een reanimatiebeleid af te spreken, iets wat in de AGZ veel normaler lijkt. Mocht ze gewoon een sigaretje aan het roken zijn, dring er dan in het team op aan dat hierover afspraken gemaakt worden, natuurlijk volgens de wensen van de patiënt.”  
 Mathilde Bos, docent verpleegkunde aan de Hogeschool Utrecht, [www.mathildebos.schrijft.nl](http://www.mathildebos.schrijft.nl)