

Bijlagen

Auteur:

Aniek Twaalfhoven

Onderwijsinstelling:

Juridische Hogeschool Avans-Fontys

Opleiding:

HBO-Rechten

Afstudeerperiode:

4 februari 2013 – 10 mei 2013

Afstudeerorganisatie:

GGZ Oost Brabant locatie Coudewater

Rosmalen, 27 mei 2013

Inhoudsopgave

Bijlage I. Voorbeeld behandelverbod	3
Bijlage II. Voorbeeld euthanasieverklaring	4
Bijlage III. Onderzoek naar het praktijkprobleem	6
Bijlage IV. Suïcidepreventieplan GGZ Oost Brabant	10
Bijlage V. Protocol poging (tentamen) suïcide	12
Bijlage VI. Enquête	15
Bijlage VII. Resultaten enquête	17

Bijlage I. Voorbeeld behandelverbod

In deze wilsverklaring leg ik

geboren in open wonende in

vast onder welke omstandigheden ik weiger bepaalde medische behandelingen te ondergaan.¹ Of onder welke omstandigheden ik bepaalde handelingen nog wel wens. Ik heb mijn wensen ook besproken met mijn familie en (huis)arts. Mijn (huis)arts (.....te) heeft hiervan op mijn verzoek een aantekening gemaakt in mijn dossier.

Behandelverbod

Wanneer ik in een toestand kom te verkeren waarin ik uitzichtloos lijd of ik bij mijn dagelijkse activiteiten steeds meer blijvend afhankelijk wordt van anderen thuis of in een instelling die mijn zelfstandigheid aan tasten en mijn communicatie dusdanig beperken wil ik alle verdere medische behandelingen verbieden. Als er geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat, door welke oorzaak dan ook, wil ik via deze wilsverklaring mijn wensen en grenzen aan te geven. Door deze wilsverklaring te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen.

Onder deze weigering van alle verdere medische behandeling zijn ook uitdrukkelijk begrepen alle levensverlengende medische handelingen. Ik wil dus dan ook niet gereanimeerd of beademd worden. Ook wil ik als ik de hierboven beschreven toestand komt te verkeren geen vocht of voeding e.d. toegediend krijgen ter verlenging van mijn leven. Wel wil ik dat eventuele ongemakken als pijn, jeuk of benauwdheid behandeld worden.

Persoonlijke aanvulling

Ik vind kwaliteit van leven en een waardig einde van mijn leven zeer belangrijk. Dusdanige beperking in mijn functioneren zowel geestelijk als lichamelijk, bijv. door ernstige dementie of coma, waardoor ik als een kasplantje verder zou moeten leven en mijn zelfstandigheid zou moeten opgeven zou voor mij ondraaglijk zijn en aantasting van mijn gevoel van eigenwaarde. Indien mijn lijden echt ondraaglijk en uitzichtloos wordt zal ik willen kiezen voor een zelfgekozen dood.

Hierbij geef ik ook toestemming om na mijn overlijden mijn organen of weefsels te mogen gebruiken voor anderen. Ik heb me niet hiervoor landelijk centraal laten registreren in het donorregister. Ik heb wel mijn partner en familie van mijn wens van doneren op de hoogte gebracht.

Ik heb deze wilsverklaring zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben de ondertekening ervan in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens. Als ik later door welke oorzaak dan ook niet meer kan beslissen over mijn medische situatie zoals bedoeld in deze verklaring, wil ik graag dat de behandelend artsen handelen zoals vastgelegd in deze wilsverklaring.

DatumPlaats.....

Handtekening (en).....

¹ http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=4640, geraadpleegd op 2 mei 2013..

Bijlage II. Voorbeeld euthanasieverklaring

Euthanasieverklaring

Afgegeven door: _____

geboren: ____ - ____ - ____

wonende: _____ te _____

Met deze verklaring richt ik mij tot mijn behandelend arts(en).²

Uitgangspunten:

Als ik in een toestand kom die gepaard gaat met ondraaglijk lijden en die geen uitzicht meer biedt op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat ondanks alle pogingen van mijn artsen om mijn lijden te verlichten, wil ik niet verder leven.

Situaties waarin ik niet verder wil leven:

Onder een toestand die gepaard gaat met ondraaglijk lijden en die geen uitzicht biedt op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat versta ik in ieder geval:
een leven aan beademingsapparatuur;

het eindstadium van een kwaadaardige ziekte of een ernstige chronische ziekte als geen zinvolle behandeling meer mogelijk is en als die ziekte daardoor gepaard gaat met ondraaglijk lijden als ernstige pijn, kortademigheid of invaliditeit die leidt tot volledige afhankelijkheid van anderen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen als eten, drinken, toiletgang en aan- en uitkleden.

Verzoek om hulp om te kunnen sterven:

Als ik in een als hierboven beschreven toestand ben gekomen,
verkiez en aanvaard ik het levenseinde uit vrije wil en verzoek ik mijn behandelend arts dringend mijn stervenswens te vervullen, door mij onder zijn of haar begeleiding middelen toe te dienen die leiden tot een milde dood.

besef en accepteer ik, dat ik kort voor het moment dat de uitvoering gaat plaats vinden, nog een expliciet verzoek zal moeten doen om mijn wens om te sterven te bekrachtigen, door deze verklaring opnieuw met een actuelere datum te ondertekenen.

wens ik, indien mijn behandelend arts desgevraagd niet aan mijn stervenswens wil of kan voldoen, een ander behandelend arts die daar wel toe bereid is.

² <http://www.mcgroenveld.praktijkinfo.nl/upload/download.php?filw=2/61.pdf>, geraadpleegd op 2 mei 2013.

vervolg euthanasieverklaring afgegeven door: _____

(pagina 2 van 2)

geboren: ____ - ____ - _____

Ik besef en accepteer dat, indien ik zonder al te veel ongemakken in een bewusteloze toestand raak door een onherstelbaar coma of door een permanente vegetatieve toestand, er geen sprake is van ondraaglijk lijden en dat er in deze toestand van wilsonbekwaamheid geen euthanasie meer kan plaats vinden.

Het is mijn bedoeling dat deze verklaring van kracht blijft ongeacht het tijdsverloop sinds de ondertekening, tenzij deze verklaring op een latere datum is gewijzigd of herroepen door mijzelf of een gevolmachtigde. Als aan mijn verzoek is voldaan, zal de overheid een onderzoek naar mijn levenseinde instellen. Ik onthef mijn behandelend arts van zijn of haar geheimhoudingsplicht met betrekking tot mijn medische gegevens. Ik verzoek hem of haar dan de voor dat onderzoek noodzakelijke gegevens te verschaffen.

Een exemplaar van deze verklaring deponeer ik bij mijn huisarts en/of bij een andere behandelend arts of medisch specialist en bij mijn gevolmachtigde.

Voor het geval ik mijn wensen op medisch gebied minder goed kan weergeven wijs ik, voor het in mijn naam behartigen van mijn belangen en het namens mij zonedig ondersteunen van deze verklaring, hieronder genoemd persoon als gevolmachtigde aan.:

Naam: _____

Adres: _____

Telefoon: _____

De gevolmachtigde is op de hoogte gebracht van mijn wensen op medisch gebied en ik geef hierbij mijn behandelend arts en toestemming aan mijn gevolmachtigde zo nodig medische inlichtingen over mij te verschaffen.

Over deze verklaring heb ik grondig nagedacht.

Handtekening: _____

Plaats: _____ datum: ____ - ____ - _____

Bekrachtigd per datum: ____ - ____ - _____

Opnieuw getekend _____ datum: _____

Bijlage III. Onderzoek naar het praktijkprobleem

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen of er een praktijkprobleem is als een patiënt met een psychische stoornis om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt en zo ja wat de omvang hiervan is. In paragraaf 3.1 wordt de onderzoeksopzet beschreven. Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 uiteengezet hoeveel patiënten met een psychische stoornis jaarlijks naar schattig om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoeken. Het aantal gehonoreerde verzoeken van patiënten met een psychische stoornis of die lijden aan dementie wordt in paragraaf 3.3 behandeld. Daarna wordt in paragraaf 3.4 beschreven wat de gevolgen kunnen zijn indien een verzoek niet gehonoreerd wordt van een patiënt met een psychische stoornis. Als laatste wordt in paragraaf 3.5 de conclusie van het onderzoek uiteengezet.

§3.1 Onderzoeksopzet

Om een goed beeld te krijgen van de problematiek in de praktijk, worden in dit onderzoek relevante gegevens uit een periode van meerdere jaren van (verzoeken om) euthanasie en (hulp bij) zelfdoding van patiënten met een psychische stoornis onderzocht. Er zijn echter nog geen gegevens beschikbaar voor dit onderzoek van het jaar 2012. Door bovengenoemde informatie is er voor dit onderzoek gekozen voor de onderzoeksperiode 2009 tot en met 2011.

In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten met een psychische stoornis en patiënten die lijden aan dementie. Dit omdat de toetsingscommissie tussen deze patiënten onderscheid maakt in hun jaarverslagen. Over patiënten die lijden aan dementie zijn echter weinig gegevens bekend die van belang zijn voor dit onderzoek. Er zijn enkel gegevens beschikbaar over het aantal gehonoreerde verzoeken van deze patiënten in de onderzoeksperiode. Deze gegevens worden in paragraaf 3.3 van dit hoofdstuk uiteengezet.

§3.2 Jaarlijkse verzoeken

Als eerste wordt er onderzocht hoeveel uitbehandelde patiënten die uitzichtloos en ondraaglijk lijden jaarlijks een vrijwillig en weloverwogen verzoek doen om euthanasie of hulp bij zelfdoding aan hun arts vanwege een psychische stoornis. Hierdoor is het duidelijk wat de omvang is van het aantal patiënten met deze hulpvraag.

Er zijn echter geen gegevens bekend over het daadwerkelijke aantal verzoeken van deze patiënten in de onderzoeksperiode. Wel is er een schatting gemaakt van het aantal verzoeken van deze patiënten. Onderzoek onder psychiaters heeft namelijk aangetoond dat jaarlijks ongeveer 520 uitbehandelde en uitzichtloos en ondraaglijk lijdende patiënten met een chronische psychische stoornis een vrijwillig en weloverwogen verzoek doen om euthanasie of hulp bij zelfdoding.³

³ Schipholt 2010 en Croonen 2011.

§3.3 Verzoeken gehonoreerd

Ongeveer 520 uitbehandelde patiënten die uitzichtloos en ondraaglijk lijden, verzoeken dus jaarlijks vrijwillig en weloverwogen om euthanasie of hulp bij zelfdoding vanwege een psychische stoornis. Als ook aan de overige zorgvuldigheidseisen uit hoofdstuk vier wordt voldaan, zouden deze verzoeken gehonoreerd kunnen worden. De vraag is in hoeverre de verzoeken van deze patiënten in de onderzoeksperiode werden gehonoreerd.

Hieronder wordt in **Tabel 1** uiteengezet bij hoeveel patiënten met een psychische stoornis het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding is gehonoreerd in de onderzoeksperiode en wat het geschatte percentage gehonoreerde verzoeken is.⁴ In **Tabel 2** wordt uiteengezet hoeveel verzoeken van patiënten die lijden aan dementie in de onderzoeksperiode zijn gehonoreerd.⁵

Tabel 1 Aantal verzoeken gehonoreerd psychische stoornis

Jaar	Totaal aantal verzoeken	Gehonoreerd	Percentage
2009	520	0	0,0% ⁶
2010	520	2	0,4%
2011	520	13	2,5%

Tabel 2 Aantal verzoeken gehonoreerd van patiënten die lijden aan dementie

Jaar	Totaal aantal verzoeken	Gehonoreerd	Percentage
2009	Onbekend	12	Onbekend
2010	Onbekend	25	Onbekend
2011	Onbekend	49	Onbekend

§3.3.1 Resultaat Tabel 1

Hoewel in 2009 geen enkel verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychische stoornis werd gehonoreerd, steeg dit aantal naar 2 gehonoreerde verzoeken in 2010 en uiteindelijk naar 13 gehonoreerde verzoeken in 2011. Er kan dus geconcludeerd worden dat in de onderzoeksperiode steeds meer verzoeken van deze patiënten werden gehonoreerd. Hoewel er een stijgende lijn zit in het aantal gehonoreerde verzoeken, is het gemiddelde aantal gehonoreerde verzoeken in de onderzoeksperiode erg laag. In de onderzoeksperiode zijn namelijk naar schatting 1560⁷ vrijwillig en weloverwogen verzoeken geweest van uitbehandelde patiënten die uitzichtloos en ondraaglijk lijden en hiervan zijn maar 15⁸ verzoeken gehonoreerd. Het gemiddelde van het aantal jaarlijkse gehonoreerde verzoeken in de onderzoeksperiode is naar schatting 1,0%.⁹ Dit houdt in dat ongeveer 99,0% van de patiënten in deze onderzoeksperiode geen antwoord hebben gekregen op hun noodkreet.¹⁰ Dit geschatte percentage is dus aanzienlijk hoog. Het is zaak om te onderzoeken wat hiervan de gevolgen kunnen zijn. Deze gevolgen worden in paragraaf 3.4 van deze bijlage uiteengezet.

⁴ Jaarverslag Rte 2009, p. 6., Jaarverslag Rte 2010, p.10. en Jaarverslag Rte 2011, p. 10.

⁵ Jaarverslag Rte 2009, p. 6., Jaarverslag Rte 2010, p.11. en Jaarverslag Rte 2011, p. 11.

⁶ Het percentage wordt afgerond op 1 cijfer achter de komma; bijvoorbeeld 2,4%.

⁷ $520 + 520 + 520 = 1560$ totaal aantal verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding.

⁸ $0 + 2 + 13 = 15$ gehonoreerde verzoeken.

⁹ $0,0\% + 0,4\% + 2,5\% = 2,9\%$ en $2,9\% : 3 =$ ongeveer 1% van de patiënten wordt geholpen met euthanasie of hulp bij zelfdoding.

¹⁰ $100\% - 1\% = 99\%$ van de verzoeken van deze patiënten worden niet gehonoreerd.

§3.3.2 Resultaat Tabel 2

Aangezien nergens is uiteengezet hoeveel patiënten lijdend aan dementie jaarlijks verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding, kan er ook niet worden vastgesteld hoe hoog het percentage is van het aantal gehonoreerde verzoeken. Wel kan er geconcludeerd worden dat er een stijgende lijn zit in het aantal gehonoreerde verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding van deze patiënten. Zo werden in 2009 slechts 12 verzoeken gehonoreerd van patiënten lijdend aan dementie. Dit aantal steeg in 2010 naar 25 gehonoreerde verzoeken en vervolgens in 2011 naar 49 gehonoreerde verzoeken. Aangezien er verder geen gegevens bekend zijn over het aantal jaarlijkse verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding van deze patiënten kunnen daaraan geen conclusies worden verbonden.

§3.4 Gevolgen

In de onderzoeksperiode zijn dus erg weinig verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding van patiënten met een psychische stoornis gehonoreerd. Hoewel euthanasie en hulp bij zelfdoding bij deze patiënten juridisch mogelijk is, vindt de uitvoering hiervan dus zelden plaats. Wat heeft dit voor gevolgen voor deze patiënten?

Het gevolg kan zijn dat een uitbehandelde patiënt met een psychische stoornis die een doodswens heeft bijvoorbeeld niet meer verzoekt om euthanasie of hulp bij zelfdoding, omdat deze patiënt er bij voorbaat al vanuit gaat dat aan zijn verzoek geen gehoor wordt gegeven. In **Tabel 3** wordt uiteengezet hoeveel patiënten in de onderzoeksperiode tot zelfdoding zijn overgegaan vanwege een psychische stoornis.

Tabel 3 Aantal zelfdodingen vanwege een psychische stoornis

Jaar	Totaal aantal zelfdodingen ¹¹	Vanwege een psychische stoornis	Percentage
2009	1.525	750	49,2%
2010	1.600	719	45,0%
2011	1.647	797	48,4%

Ook kan de uitbehandelde patiënt bijvoorbeeld tot zelfdoding overgaan indien zijn vrijwillige en weloverwogen verzoek niet wordt gehonoreerd. Jaarlijks gaan namelijk naar schatting 55 uitbehandelde patiënten met een psychische stoornis over tot zelfdoding omdat hun vrijwillige en weloverwogen verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding niet wordt gehonoreerd.¹² In **Tabel 4** wordt uiteengezet hoeveel procent van de uitbehandelde patiënten naar schatting over zijn gegaan tot zelfdoding in de onderzoeksperiode.

Tabel 4 Aantal zelfdodingen door niet gehonoreerde verzoeken

Jaar	Niet gehonoreerde verzoeken	Zelfdodingen	Percentage
2009-2011	1.545 ¹³	165 ¹⁴	10,7%

¹¹<http://statline.cbs.nl/StatWeb/search/?Q=inwoners>, geraadpleegd op 10 april 2013.

¹² Schipholt 2010.

¹³ 520 (0 gehonoreerde verzoeken in 2009) + 518 (2 gehonoreerde verzoeken in 2010) + 507 (13 gehonoreerde verzoeken in 2011)= 1545 niet gehonoreerde verzoeken.

¹⁴ 55 x 3=165 zelfdodingen.

§3.4.1 Resultaten Tabel 3 en Tabel 4

Gemiddeld 47,5% van de patiënten die in de onderzoeksperiode zijn overgegaan tot zelfdoding zijn hiertoe overgegaan vanwege een psychische stoornis. Dit is dus ongeveer de helft van het aantal zelfdodingen.

Dit percentage is mede zo hoog omdat de verzoeken van deze patiënten naar schatting slechts in gemiddeld 1,0% van de gevallen wordt gehonoreerd.

Naar schatting is gemiddeld 10,7% van de uitbehandelde patiënten die vrijwillig en weloverwogen om euthanasie of hulp bij zelfdoding hebben verzocht in de onderzoeksperiode en die uitzichtloos en ondraaglijk lijden, overgegaan tot zelfdoding. Deze patiënten sterven op een inhumane wijze door bijvoorbeeld zichzelf te verhangen, voor de trein gooien of zichzelf te verdrinken. Dit terwijl deze patiënten op een waardige wijze hadden kunnen sterven indien de arts hun verzoek had gehonoreerd.

Naar schatting zit gemiddeld 89,3%¹⁵ van deze uitbehandelde patiënten die vrijwillig en weloverwogen om euthanasie of hulp bij zelfdoding hebben verzocht in de onderzoeksperiode en die uitzichtloos en ondraaglijk lijden op dit moment nog met een hulpvraag die niet beantwoord wordt door de arts. Aan hun noodkreet wordt dus geen gehoor gegeven.

§3.5 Conclusie

De meeste gegevens in dit onderzoek zijn schattingen. De bovengenoemde percentages zijn dus geen 'harde feiten'. Het daadwerkelijke percentage kan dus afwijken van deze geschatte percentages. Aan de hand van bovengenoemde resultaten kan echter worden geconcludeerd dat het aantal verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding van patiënten met een psychische stoornis zelden wordt gehonoreerd. Naar schatting werd namelijk in gemiddeld 1% van de gevallen in de onderzoeksperiode het verzoek van deze patiënten gehonoreerd. In ongeveer 99% van de gevallen werd het verzoek dus niet gehonoreerd. Naar schatting is gemiddeld 10,7% van de patiënten met een psychische stoornis, waarvan het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding niet is gehonoreerd, overgegaan tot zelfdoding in de onderzoeksperiode. Ongeveer 89,3% van deze patiënten zitten op dit moment dus nog met hun onbeantwoorde hulpvraag. Al met al kan er geconcludeerd worden dat het probleempraktijk met betrekking tot euthanasie of hulp bij zelfdoding aan een patiënt met een psychische stoornis aanzienlijk is.

¹⁵ 100% - 10,7% = 89,3%.

Bijlage IV. Suïcidepreventieplan GGZ Oost Brabant

Afspraken gemaakt met cliënt en medewerker met betrekking tot de preventie van suïcide.

Cliënt :

Geboren :

Wonende :

Doel:

Een krachtige uitspraak of doel om op de been te blijven

.....
.....
.....
.....

Signalen:

Aan welke signalen merk ik dat ik last krijg van suïcidale gedachten of suïcidale plannen?

.....
.....
.....
.....

Wat zijn voor mij risicovolle situaties?

.....
.....
.....
.....

Maatregelen:

Als ik last krijg van suïcidale gedachten of suïcidale plannen en bovenstaande signalen bemerk dan ga ik de volgende maatregelen nemen:
(welke, wanneer? Wie kan me hierbij ondersteunen?)

Wat ga ik wel doen?

.....
.....

.....
.....

Wat ga ik niet doen?

.....
.....
.....
.....

Datum:

Handtekening cliënt:

Naam medewerker :

Functie medewerker :

Origineel: Dossier + Kopie: Cliënt
(na ondertekening origineel inleveren bij het secretariaat)

Bijlage V. Protocol poging (tentamen) suïcide

Algemeen

Een cliënt wordt aangetroffen in omstandigheden die wijzen op een poging tot suïcide.

	Aandachtspunten	Uitvoering
2.	Directe handelingen bij poging suïcide.	<ul style="list-style-type: none">▪ Druk het lijfalarm in.▪ Probeer, voorzover mogelijk, levensreddend op te treden.▪ Bel de behandelend / dienstdoend arts.▪ De behandelend / dienstdoend arts informeert het hoofd zorg / zijn plaatsvervanger.▪ Het hoofd zorg / zijn plaatsvervanger draagt er zorg voor dat de volgende personen over het incident worden geïnformeerd:<ul style="list-style-type: none">- de eerste geneeskundige;- de directeur;- de leden van het team;- de Raad van Bestuur;▪ De arts belt het ziekenhuis en vraagt om een ambulance voor de instelling. Telefoon ziekenhuis:.....(per bedrijfseenheid invullen)

3. Gevolgen van een poging (tentamen) suïcide (= landelijk consensus beleid)

Algemeen

Iedere cliënt die in een (psychiatrisch) ziekenhuis wordt behandeld voor de gevolgen van een tentamen suïcide, dient alvorens hij het (psychiatrisch) ziekenhuis verlaat te worden beoordeeld.

Deze beoordeling dient plaats te vinden onder verantwoordelijkheid van de psychiater.

De psychiater consulteert de eerste geneeskundige.

Wie de feitelijke beoordeling doet, zal afhankelijk zijn van de mogelijkheden ter plaatse. Vaak zal deze taak moeten worden gedelegeerd. Degene aan wie wordt gedelegeerd, zal een opleiding moeten hebben op psychosociaal gebied en voldoende deskundig moeten zijn op het terrein van suïcide-pogers.

Verder zal hij over voldoende vaardigheden moeten beschikken, waaronder een goede kennis van de psychopathologie en de juiste attitude.

	Aandachtspunten	Uitvoering
4.	Beoordeling cliënt op de volgende punten: (landelijk consensus beleid)	
5.	Anamnese.	<u>In de anamnese moet worden gevraagd naar:</u> <ul style="list-style-type: none"> - middel - omstandigheden voor de poging - oorzaak en aanleiding - psychiatrische anamnese - eerdere pogingen - verslaving/misbruik/geweld/contact met Justitie - sociale steunsysteem - verwachtingen en attitude ten opzichte van hulp - reactie van de naasten.
6.	Heteroanamnese	<ul style="list-style-type: none"> - naasten - van de behandelaar van de cliënt, tevens de bereidheid van deze behandelaar de cliënt verder te behandelen
7.	Diagnose	<u>Diagnostisch is van belang:</u> <ul style="list-style-type: none"> - beoordeling van de suicidaliteit (o.a. met de suïcide intentieschaal) - psychiatrische diagnose - hopeloosheid - beoordeling van het sociale systeem: <ul style="list-style-type: none"> - naasten - hulpverlening, ook met hulpverleners contact opnemen.
8.	Management/ crisisinterventie	<ul style="list-style-type: none"> - een open en niet veroordelende attitude is zeer belangrijk - creëren van een behandelrelatie door middel van: <ul style="list-style-type: none"> - begrip - steun - verhelderen van - behandelen van acute gedragsproblemen - hanteerbaar maken van actuele problemen, zoals financiële – sociale problemen - opvangen van partner, familie etc. <p>Deze maatregelen dienen te resulteren in een veranderde visie van cliënt op zijn situatie.</p>

	Aandachtspunten	Uitvoering
9.	Nazorg c.q. verdere behandeling en eventuele overplaatsing	<ul style="list-style-type: none"> - organiseren van verdere zorg en eventuele overplaatsing - bepalen van de zorg die noodzakelijk is - organiseren van deze zorg - motiveren van de cliënt en zijn omgeving - bevorderen dat de cliënt ook op de bedoelde plaats aankomt - het geven van advies over de aard van de suïcidepoging en het behandelen van het suïcidale gedrag en de moeilijkheden met de impulscontrole, die daaraan ten grondslag liggen.
10.	Informereren van alle betrokken hulpverleners	Het informeren van alle betrokken hulpverleners (waaronder in ieder geval de huisarts) dient het consult af te sluiten.
11.	Meldingsformulier incidenten	<p>Het meldingsformulier incidenten algemeen met het volgformulier melding incident cliëntenzorg dient te worden ingevuld door de behandelend – dienstdoend arts.</p> <p>De behandelend – dienstdoend arts rapporteert over de suïcidepoging indien sprake is van ernstig letsel. Deze rapportage wordt ter kennisgeving gebracht aan de eerste geneeskundige. De eerste geneeskundige meldt de suïcidepoging met ernstig letsel aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, indien de suïcidepoging verband houdt met een tekortkoming in de zorg (calamiteit) of indien de suïcidepoging heeft plaatsgevonden bij een patiënt bij wie sprake is van een gedwongen opname en/of gedwongen zorg en/of van vrijheidsbeperkende maatregelen.</p> <p>De eerste geneeskundige draagt zorg voor het opstellen van een overzicht van het totaal aantal plaatsgevonden suïcidepogingen met ernstig letsel in het afgelopen kalenderjaar. Dit overzicht dient in januari volgend op het kalenderjaar aangeleverd te worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In dit overzicht wordt tevens vermeld of gebruik wordt gemaakt van een systeem om systematisch suïcides te registreren en te analyseren en om op basis daarvan conclusies te formuleren en of er verbetermaatregelen zijn getroffen op grond van de analyses van suïcidepogingen (zo ja, welke, zo nee, waarom niet).</p>

Bijlagen VI. Enquête



Verzoek euthanasie of hulp bij zelfdoding

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Aniek Twaalfhoven en ik zit in het laatste jaar van de studie HBO Rechten aan de Juridische Hogeschool te 's-Hertogenbosch. Van februari t/m mei 2013 loop ik mijn afstudeerstage bij GGZ Oost Brabant locatie Coudewater. Tijdens mijn afstudeerstage onderzoek ik onder welke voorwaarden binnen GGZ Oost Brabant met het oog op de wet- en regelgeving, jurisprudentie en beroepseisen door artsen/psychiaters kan worden voldaan aan een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding bij personen met een psychische en/of psychiatrische aandoening die lijden tengevolge van die psychische aandoening. Daar is namelijk veel onduidelijkheid over.

Voor mijn onderzoek is het belangrijk om te weten hoe een psychiater binnen GGZ Oost Brabant omgaat/om zou gaan met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt die lijdt tengevolge van een psychische aandoening. Om zo veel mogelijk psychiaters te bereiken is deze enquête opgesteld.

Het invullen van deze enquête duurt maximaal 5 minuten. Het onderzoek is volledig anoniem. Ik kan dus niet zien wie welke enquête heeft ingevuld. De verzamelde gegevens worden geanalyseerd en uiteindelijk in het onderzoek verwerkt. Uw eerlijkheid is daarbij geboden en geen enkel antwoord is fout. Ik zou het fijn vinden als u de enquête invult. Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Aniek Twaalfhoven

Vraag 1. Weet u hoe u om moet gaan met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt vanwege een psychische stoornis? *

Nee Ja

Vervolgvraag indien nee: Wat zou u doen indien een patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt vanwege een psychische stoornis?

Vraag 2. Heeft een patiënt u weleens verzocht om euthanasie of hulp bij zelfdoding? *

Nee Ja

Vervolgvraag indien ja: Hoe ging u om met het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding?

Vraag 3. Bent u bereid om euthanasie toe te passen aan een uitbehandelde patiënt? *

Nee Ja

Vervolgfragen indien nee: Wat is daar de reden van?

Wat zou u dan doen indien een uitbehandelde patiënt om euthanasie verzoekt?

Vraag 4. Bent u bereid om hulp bij zelfdoding te verlenen aan een uitbehandelde patiënt? *

Nee Ja

Vervolgfragen indien nee: Wat is daar de reden van?

Wat zou u dan doen indien een uitbehandelde patiënt om hulp bij zelfdoding verzoekt?

Vraag 5. Is het voor u duidelijk in welke situatie euthanasie toegepast mag worden of hulp bij zelfdoding verleend mag worden aan een uitbehandelde patiënt? *

Nee Ja

Vervolg vraag indien nee: Hoe komt het dat dit voor u niet duidelijk is?

Vraag 6. Bent u op de hoogte van het juridisch kader van euthanasie en hulp bij zelfdoding aan een patiënt vanwege een psychische stoornis? *

Nee Ja

Vervolg vraag indien nee: Waardoor komt het dat u niet op de hoogte bent?

Vraag 7. Bent u op de hoogte van de richtlijn 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie? *

Nee Ja

Vervolg vraag indien nee: Waardoor komt het dat u niet op de hoogte bent?

Vervolg vraag indien ja: (vraag 7a)

Vraag 7a. Zou u daarvan afwijken in een uitzonderlijke situatie? *

Nee Ja

Vervolg vraag indien nee: Waarom niet?

Vervolg vraag indien ja: In welke situatie?

Deze digitale enquête is te vinden op: <https://www.formdesk.com/ggzoostbrabant/VEBZD>

Bijlage VII. Resultaten enquête

Statistieken	
Naam formulier	VEBZD
Titel formulier	Verzoek euthanasie of hulp bij zelfdoding
Aantal vragen	8
Totaal aantal ingevuld	18

1. Vraag 1. Weet u hoe u om moet gaan met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding van een patiënt vanwege een psychische stoornis?

(Type vraag: Meerkeuze, één antwoord)

Antwoord	Aantal	Percentage
Nee	2	11.11 %
Ja	16	88.89 %
Aantal respondenten	18	

2 psychiaters (van de 18 psychiaters die de enquête hebben ingevuld) hebben deze vraag met nee beantwoord. De psychiaters die nee invulden, kregen een vervolgvraag. Op de vervolgvraag 'Wat zou u doen indien een patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding verzoekt vanwege een psychische stoornis?' heeft 1 psychiater gereageerd. Zijn antwoord was:

- ik zou dit verzoek serieus nemen en meerdere malen bespreken. Als ik van mening ben dat deze wens goed doordacht is en legitiem, zou ik een collega laten meekijken of die deze wens ook legitiem vindt.

2. Vraag 2. Heeft een patiënt u weleens verzocht om euthanasie of hulp bij zelfdoding?

(Type vraag: Meerkeuze, één antwoord)

Antwoord	Aantal	Percentage
Nee	3	16.67 %
Ja	15	83.33 %
Aantal respondenten	18	

15 psychiaters (van de 18 psychiaters die de enquête hebben ingevuld) hebben deze vraag met ja beantwoord. De psychiaters die ja invulden, kregen een vervolgvraag. Op de vervolgvraag 'Hoe ging u om met het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding?' hebben 14 psychiaters gereageerd. Hieronder worden de reacties van deze psychiaters uiteengezet.

- Procedure gevolgd.
- Dat is verder in overleg met de huisarts geregeld.
- Verwijsmogelijkheden met collega doorgesproken en besproken dat ik niet overtuigd was dat patiënte was uitbehandeld en dat ik geen euthanasie zou willen toepassen.
- Nadere exploratie van de vraag, verdere verdieping in de recent herziene richtlijn, bespreken met een collega en later in het MDO.

- Ik heb aangegeven dat er tegenwoordig mogelijkheden hiertoe bestaan, maar dat ik nog niet goed weet hoe we hier binnen de instelling mee om te gaan. Ik heb overwogen haar te verwijzen naar een onafhankelijke partij buiten onze instelling voor een beoordeling.
- Afgewezen. Geadviseerd waar patiënte wel terecht kan met haar verzoek.
- Serieus nemen, vraag exploreren, zo mogelijk ook met het systeem van patiënt spreken.
- Getoetst of het was vanuit een toestandsbeeld (psychose, depressie) en of de wens consistent was. Toen bleek dat dit zo was en patiënt juist heel stabiel was in zijn psychisch functioneren, heb ik via de huisarts een SCEN-arts ingeschakeld.
- Doorverwezen naar een onafhankelijk collega voor verdere beoordeling.
- Uitgebreid inventariseren en kijken naar waar de pijn zit, of er nog mogelijkheden zijn.
- Bespreekbaar gemaakt. Heb toen nog eens de richtlijnen bekeken. Vooral in gesprek gegaan. Patiënt trok het verzoek in toen het beter ging na adequate behandeling.
- Als het reëel was doorverwijzen naar de huisarts.
- Niet concreet de vraag aan mij om te helpen maar wel het thema op tafel met aanbod mijnerzijds verder te kijken.
- Verschillend . Als het een communicatief karakter heeft om aandacht of betrokkenheid te creëren, bespreek ik dat en kijk hoe de patiënt kan omgaan met vragen en wensen. Bij lange duur en ontbrekend perspectief bespreek ik het als een weg die begaan kan worden.

3. Vraag 3. Bent u bereid om euthanasie toe te passen aan een uitbehandelde patiënt?			
<input type="checkbox"/> (Type vraag: Meerkeuze, één antwoord)			
Antwoord	Aantal	Percentage	
Nee	14	77.78 %	
Ja	4	22.22 %	
Aantal respondenten	18		

14 psychiaters (van de 18 psychiaters die de enquête hebben ingevuld) hebben deze vraag met nee beantwoord. De psychiaters die nee invulden, kregen twee vervolgvragen. Op de eerste vervolgvraag 'Wat is daar de reden van?' hebben 12 psychiaters gereageerd. Hieronder worden de reacties van deze psychiaters uiteengezet.

- Als dokter ben ik niet opgeleid om levens te beëindigen.
- Mijn eigen overtuiging.
- Ik werk met veelal ogenschijnlijk onbehandelbare patiënten. Alleen door zelf hoop te hebben dat het kan veranderen, kan ik investeren in het contact en zoeken naar mogelijkheden. Veelal lukt dat ook.
- Ik ben geneigd deze vraag met nee te beantwoorden. Dit met name omdat mij niet helder is in wat voor kader dit mogelijk zou zijn, ik er in mijn opleiding en ervaring tot nu toe geen enkele expertise in heb opgedaan en ik het een lastig traject vind.
- Niet mijn rol.
- RK: dus het geloof.

- Persoonlijke moeite daarmee, maar wellicht denk ik er in ene concreet geval anders over, getuige de verhalen van collega's die er ervaring mee hebben.
- Vind ik niet mijn taak als psychiater, met name het technische deel van de euthanasie.
- Niet zelf deskundig in de uitvoering van de daadwerkelijke euthanasie en ik vind dit zelf te belastend om uit te voeren.
- Naar mijn idee is er vaak wel een uitweg uit de impasse, ook gebleken tot nog toe. Verder voor mezelf past het niet er is een vereniging voor euthanasie. Als behandelaar binnen de GGZ zie ik dit niet als mijn taak.
- Ik zou daar om persoonlijke redenen niet aan kunnen voldoen.
- De keren dat ik aan de zijlijn heb gestaan bij euthanasie hebben een grote impact bij me gehad in de zin dat het me nog dagen lang bezig hield en ik me er gespannen en onprettig bij voelde. Ik denk dat het zelf uitvoeren er van op mij te veel impact zou hebben.

Op tweede vervolgvraag 'Wat zou u dan doen indien een uitbehandelde patiënt om hulp bij zelfdoding verzoekt?' hebben 12 psychiaters gereageerd. Hieronder worden de reacties van deze psychiaters uiteengezet.

- Gewoon de procedure volgen.
- Met de patiënt overleggen dat hij/zij wat mij betreft daarvoor verwezen moet worden.
- Zoals hierboven aangegeven; eerst beoordelen of ik behandelmogelijkheden zie en als patiënt dat niet wil dan verwijzen.
- Bespreekbaar maken en de vraag verbreden, bespreken met collega's en huisarts en richtlijn volgen.
- Op dit moment zou ik kijken of ik een collega elders met meer ervaring bereid zou vinden dit traject naar zich toe te trekken, of ik zou de huisarts vragen hierin te participeren.
- Ook al stel ik mijzelf niet op als euthanaserend arts, toch dient indicatiestelling voor wel/niet euthanasie onderdeel uit te maken van mijn medische handelen. Dus ik stel wel indicaties en bespreek dit met de patiënten.
- Allereerst goed exploreren of echt alles geprobeerd is en dan doorverwijzen naar collega.
- Doorverwijzen.
- Naar huisarts verwijzen, en een second opinion plus SCEN-consult voorstellen.
- Bespreken en begeleiden naar collega, evt huisarts. Samen met de NVVE Euthanasie naar mogelijkheden zoeken. bezwaar.
- Helpen in de procedure en in de weg naar een hulpverlener die hier wel mee uit de voeten kan.
- Afhankelijk van hoe serieus de vraag is zou ik stap 1. de patiënt verwijzen naar de site van de NVVE, en de site van stichting De Einder, en een vervolg afspraak maken om te bespreken hoe de patiënt er dan over denkt.

4. Vraag 4. Bent u bereid om hulp bij zelfdoding te verlenen aan een uitbehandelde patiënt?

(Type vraag: Meerkeuze, één antwoord)

Antwoord	Aantal	Percentage
Nee	13	72.22 %
Ja	5	27.78 %
Aantal respondenten	18	

4. Vraag 4. Bent u bereid om hulp bij zelfdoding te verlenen aan een uitbehandelde patiënt?

(Type vraag: Meerkeuze, één antwoord)

Antwoord	Aantal	Percentage
Nee	13	72.22 %
Ja	5	27.78 %
Aantal respondenten	18	

13 psychiaters (van de 18 psychiaters die de enquête hebben ingevuld) hebben deze vraag met nee beantwoord. Deze psychiaters kregen twee vervolgvragen. Op de eerste vervolgvraag 'Wat is daar de reden van?' hebben 12 psychiaters gereageerd. Hieronder worden de reacties van deze psychiaters uiteengezet.

- Als dokter ben ik niet opgeleid om levens te beëindigen.
- Mijn eigen overtuiging.
- Ik werk met veelal ogenschijnlijk onbehandelbare patiënten. Alleen door zelf hoop te hebben dat het kan veranderen kan ik investeren in het contact en zoeken naar mogelijkheden. Veelal lukt dat ook.
- Ik ben geneigd deze vraag met nee te beantwoorden. Dit met name omdat mij niet helder is in wat voor kader dit mogelijk zou zijn, ik er in mijn opleiding en ervaring tot nu toe geen enkele expertise in heb opgedaan en ik het een lastig traject vind.
- Dit is niet wezenlijk anders dan euthanasie verlenen in mijn emotionele beleving.
- Ik behandel patiënten. Hen helpen te sterven is een ander vak.
- Vind ik niet mijn taak.
- Rk.
- Omdat er alternatieven zijn zoals euthanasie.
- Zoals gesteld zijn er veelal wel mogelijkheden om het leed te verzachten. Ik zou behandelmogelijkheden te bekijken. En dit deel van het werk past niet bij mij binnen het werkveld van GGZ Oost Brabant.
- Te grote negatieve impact op mijzelf.
- Ik denk dat als de criteria voor euthanasie er zijn, deze ook kan worden toegepast binnen het juridische kader. Hulp bij zelfdoding vind ik als psychiater, die dagelijks mensen spreekt om ze juist van zelfdoding te weerhouden, moeilijk toe te passen.

Op de tweede vervolgvraag 'Wat zou u dan doen indien een uitbehandelde patiënt om hulp bij zelfdoding verzoekt?' hebben 12 psychiaters gereageerd. Hieronder worden de reacties van deze psychiaters uiteengezet.

- Dossier openen en de procedure volgen.
- Gewoon de procedure volgen.
- Met de patiënt overleggen dat hij/zij wat mij betreft daarvoor verwezen moet worden.
- Zoals hierboven aangegeven; eerst beoordelen of ik behandelmogelijkheden

4. Vraag 4. Bent u bereid om hulp bij zelfdoding te verlenen aan een uitbehandelde patiënt?

(Type vraag: Meerkeuze, één antwoord)

Antwoord	Aantal	Percentage
Nee	13	72.22 %
Ja	5	27.78 %
Aantal respondenten	18	

- zie en als de patiënt dat niet wil dan verwijzen.
- Ook hier dient er een professionele indicatie te zijn en dat wordt met de patiënt besproken. Kortom geheel hetzelfde traject als bij euthanasie.
 - Adviseren waar ze zich kunnen aanmelden met dit verzoek.
 - Doorverwijzen naar een collega.
 - Euthanasie bespreken en op dit spoor zetten. Cave levenseinde kliniek.
 - Uitgebreid met de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie bespreken samen met de patiënt en eventueel een andere arts inschakelen. Consultatie.
 - Helpen in de procedure en in de weg naar een hulpverlener die hier wel mee uit de voeten kan.
 - De nodige stappen bewandelen.
 - Nagaan waar het eigenlijk om gaat en of er alternatieven zijn : palliatieve behandeling van ondraaglijke pijn, meer sedatie etc. Ook zou ik de vraag stellen of er een euthanasiewens is en eventueel deze procedure volgen.

5. Vraag 5. Is het voor u duidelijk in welke situatie euthanasie toegepast mag worden of hulp bij zelfdoding verleend mag worden aan een uitbehandelde patiënt?

(Type vraag: Meerkeuze, één antwoord)

Antwoord	Aantal	Percentage
Nee	2	11.11 %
Ja	16	88.89 %

2 psychiaters (van de 18 psychiaters die de enquête hebben ingevuld) hebben deze vraag met nee beantwoord. De psychiaters die nee invulden, kregen een vervolgvraag. Op de vervolgvraag 'Hoe komt het dat dit voor u niet duidelijk is?' hebben deze psychiaters beiden gereageerd. Hieronder worden de reacties van deze psychiaters uiteengezet.

- Elke patiënt is anders. Ongeveer weet ik de gang van zaken maar het is zo zeldzaam dat de boeken weer open moeten.
- Omdat ik ook niet geneigd ben om hierover cursussen te gaan volgen, aangezien ik niet van plan ben het zelf toe te gaan passen. Ik zal altijd advies van derden vragen.

6. Vraag 6. Bent u op de hoogte van het juridisch kader van euthanasie en hulp bij zelfdoding aan een patiënt vanwege een psychische stoornis?

(Type vraag: Meerkeuze, één antwoord)

Antwoord	Aantal	Percentage
Nee	4	22.22 %
Ja	14	77.78 %
Aantal respondenten	18	

4 psychiaters (van de 18 psychiaters die de enquête hebben ingevuld) hebben deze vraag met nee beantwoord. De psychiaters die nee invulden, kregen een vervolgvraag. Op de vervolgvraag 'Waardoor komt het dat u niet op de hoogte bent?'

hebben al deze psychiaters gereageerd. Hieronder worden de reacties van deze psychiaters uiteengezet.

- Komt in voorkomend geval. Globaal voldoende bekend.
- Ongeveer op de hoogte maar komt zo zeldzaam voor en belangrijk om zorgvuldig te zijn, dus weer op pad voor de zorgvuldigheid en de boeken in en consultatie.
- Omdat ik hier nog niet op dien wijze mee in aanraking ben gekomen dat ik me heb verdiept in het juridisch kader.
- Omdat ik ook niet geneigd ben om hierover cursussen te gaan volgen aangezien ik niet van plan ben het zelf toe te gaan passen maar altijd advies van derden er bij zal vragen (zelfde als vraag 5).

7. Vraag 7. Bent u op de hoogte van de richtlijn 'Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie?

(Type vraag: Meerkeuze, één antwoord)

Antwoord	Aantal	Percentage
Nee	0	0 %
Ja	18	100 %
Aantal respondenten	18	

Alle 18 psychiaters die de enquête hebben ingevuld hebben deze vraag met ja beantwoord. Alle psychiaters kregen de volgende vervolgvraag (vraag 7a). 'Zou u daarvan afwijken in een uitzonderlijke situatie'. Hieronder worden de resultaten uiteengezet.

8. Vraag 7a. Zou u daarvan afwijken in een uitzonderlijke situatie?

(Type vraag: Meerkeuze, één antwoord)

Antwoord	Aantal	Percentage
Nee	13	72.22 %
Ja	5	27.78 %
Aantal respondenten	18	

13 psychiater (van de 18 psychiaters die de enquête hebben ingevuld) hebben deze vraag met nee beantwoord. De psychiaters die nee invulden, kregen een vervolgvraag. Op de vervolgvraag 'Waarom niet?' hebben 10 psychiaters gereageerd. Hieronder worden de reacties van deze psychiaters uiteengezet.

- Voor alsnog zie ik geen reden om dat te doen.
- Uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding is voor mij geen optie. Afwijken betekent tevens een hoog risico en daartoe ben ik niet bereid.
- Ik ben geen expert op dit gebied en houd me daarom aan de richtlijn.
- Deze materie vind ik veels te complex en precair om af te wijken van de richtlijn.
- De richtlijn is geheel binnen het wettelijk kader opgesteld. Daar kun je niet buiten zonder onzorgvuldig te handelen als arts.

- Juridische consequenties, tuchtzaak.
- Waarom wel.
- Ik beweeg me graag binnen de lijnen.
- Ik heb geen persoonlijke ervaringen met hulp bij zelfdoding.
- Het is goed om een eenzaam beleid te maken bij een kwestie om leven en dood. Zo voorkomen we gewetensnood en verkeerde beeldvorming bij psychiaters.

5 psychiaters hebben deze vraag met ja beantwoord. De psychiaters die ja invulden, kregen ook een vervolgvraag. Op de vervolgvraag *'In welke situatie?'* hebben al deze psychiaters gereageerd. Hieronder worden de reacties van deze psychiaters uiteengezet:

- Geen idee. Mijn antwoord is algemeen. Elke richtlijn wordt door de clinicus gebruikt om richting te geven aan zijn klinisch handelen, maar het klinisch handelen wordt er niet door bepaald.
- De aanbeveling van een dubbele second opinion geeft weinig meerwaarde boven een enkele second opinion en belast de psychiater zeer.
- Er zijn altijd uitzonderingssituaties, moeilijk al op voorhand aan te geven.
- Men moet altijd op goede weloverwogen gronden kunnen afwijken van een richtlijn na bv collegiale toetsing etc. Heb zo geen specifiek voorbeeld maar kan me voorstellen dat er zoals bij iedere richtlijn uitzonderingen zijn.
- Dat weet ik niet. Maar richtlijnen zijn richtlijnen, niet wetten, dus als wat in de richtlijn staat niet voldoende van toepassing is op een specifieke patiënt kan daar altijd -goed beargumenteerd weliswaar- van afgeweken worden.