

De penvoerders van de Wvggz zijn nu aan zet om deze aanbeveling op haar merites te beoordelen en mogelijk om te zetten in een aanpassing van het wetsvoorstel.

Dat geldt trouwens ook voor de 60 andere aanbevelingen.

Intussen blijft de Wet Bopz onverkort van kracht.

7 Suïcidaliteit, psychiatrische en juridische consequenties

Remco de Winter⁶⁷ en Jannie Hommes⁶⁸

Dit artikel is een bewerking van een bijdrage voor een voordracht gehouden op 27 november 2014 voor Rotterdamse Bopz-advocaten.

Introductie

Suïcide is een van de gruwelijkste wijzen van sterven voor naasten, hulpverleners en andere betrokkenen. Er is schaamte, schuldgevoel en boosheid bij nabestaanden. Er zijn onbeantwoorde vragen en het onderwerp blijft vaak lang of zelfs voor altijd een taboe. Iedere suïcide treft een groot aantal naasten.

Zelfdoding wordt sinds mensenheugenis gezien als een daad die indruist tegen God en de natuur. Bij een groot aantal religies (o.a. het

katholicisme, de islam) leidt suïcide volgens de leer direct naar de hel.⁶⁹

Suïcide was zelfs in sommige landen tot in de twintigste eeuw wettelijk verboden. Een paradoxale maatregel; want wie kan immers terecht worden wegens een geslaagde suïcide? Suïcidepogingen die niet resulteerden in de dood waren vrijwel nooit strafbaar; alleen het daadwerkelijke overlijden maakte het een misdrijf.^{70 71} Dit had echter wel een belangrijke consequentie voor nabestaanden; immers niet alleen was een geliefde gestorven maar ook had deze nog eens een misdrijf begaan. De term zelfmoord is in dit licht ook een ongelukkige stigmatiserende term want in het woord zit immers een misdrijf gesloten. De term suïcide of zelfdoding heeft een neutralere lading.

In de Wet Bopz neemt suïcidaal gedrag een voorname plaats in. In de Geneeskundige verklaring voor een last tot inbewaringstelling als bedoeld in artikel 20, eerste lid, staat onder punt 5 van de gevaarcriteria "het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen".

Cijfers

In Nederland neemt het aantal suïcides de laatste jaren toe. In 2007 was het suïcidecijfer 1.353 en dit aantal is in meer dan vijf jaar tijd gestegen naar 1.854 zelfdodingen in 2013.^{72 73}

67 Dr. R.E.P. de Winter is psychiater, regio-opleider volwassenenpsychiatrie bij de Parnassia Groep en senior onderzoeker aan de VU.

68 Mr. J. Hommes is advocaat en heeft zich volledig gericht op de Wet Bopz. Daarnaast oprichter van de Rotterdamse Vereniging Bopz advocaten.

69 T. Stompe, K. Ritter, 'Religion and suicide - part 1: the attitudes of religions towards suicide', *Neuropsychiatry* 2011, 25 (3) p. 118-26.

70 J.D. Blom, 'Suïcide; een medisch-historische verkenning', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013, 55 (7) p. 483-492.

71 M. MacDonald, 'Suicidal behaviour. Social section'. In: *A history of clinical psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders*, Berrios G, Porter R, red. London: Athlone Press 1995, p. 625-32.

72 A. Aleman, D. Denys, 'Mental health: A road map for suicide research and prevention', *Nature* 2014, 22(509, 7501) p. 421-423.

73 Centraal Bureau Statistiek [online]. 2014, www.cbs.nl (bezoekt op 9 december 2014).

Suicide staat in Nederland op de tweede plaats als niet-natuurlijke doodsoorzaak (tabel 1).

Tabel 1. Niet-natuurlijke doodsoorzaken in Nederland (Jaar 2012)

	Totaal	percentage
Totaal	6333	100%
Vallen	2795	41,1%
Suicide	1753	27,7%
Verkeer	684	10,8%
Stikken	117	1,8%
Moord	145	2,3%
Verdrinken	81	1,3%
Vergiftiging	138	2,2%
Verbranden	32	0,5%
Object/dier	54	0,9%
Ongespecificeerde factoren	534	8,4%

Ophanging is in Nederland de meest gebruikte methode voor suicide⁷⁴ (tabel 2). De voorkeur voor de methode wisselt per land. Wereldwijd staat suicide op de veertiende plaats als doodsoorzaak.⁷⁵ Het onderwerp heeft de laatste jaren meer aandacht gekregen en er is twee jaar geleden in Nederland een richtlijn over suïcidaal gedrag verschenen.^{76 77}

74 R.F. de Winter, A.J. Kerkhof, 'Suizid und Suizidprävention in den Niederlanden', *Suizidprophylaxe* 2012, 150(3) p. 90-94.

75 R.C. O'Connor, M.K. Nock, 'The psychology of suicidal behaviour', *The Lancet Psychiatry*, 2014, 1(1) p. 73 - 85.

76 A.M. van Hemert, A.J. Kerkhof, J. de Keijser, B. Verwey e.a. 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag', 2012, Trimbos-instituut, Utrecht. www.Ggzrichtlijnen.nl.

77 J. Bueno de Mesquita, R.F. de Winter, B. Verwey, M. de Groot, 'De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek

Tabel 2. Suïcidemethoden in Nederland gedurende 2012

Suïcidemethode	Aantal	%
Totaal	1753	100%
Verhanging	709	40,4%
Medicatie/alcohol/drugs	319	18,2%
Voor een trein	188	10,7%
Springen van hoogte	135	7,7%
Verdrinken	125	7,1%
Vuurwapen	97	5,5%
Plastic zak (helium?)	98	5,6%
Rest	82	4,7%

Er zijn allerlei redenen voor de toename van het aantal suicides en er wordt een verband met verminderde economische omstandigheden verondersteld.^{78 79}

Het valt echter niet uit te sluiten dat ook andere factoren een cumulatief effect hebben op deze toename (bijvoorbeeld: verminderde toegankelijkheid van de ggz, betere toegankelijkheid online mediabronnen rondom suicide, sociale media).

De zelfgekozen dood is in strijd met onze ingebakken overlevingsdrift. Er zijn geen goede cijfers beschikbaar maar er wordt geschat dat 40 procent van de mensen gedurende het leven een keer gedachten rondom een zelfgekozen dood heeft.⁸⁰

en behandeling van suïcidaal gedrag', *Epidemiologische Bulletin* 2013, 48 (1-2) p. 43-51.

78 A. Reeves, M. McKee, D. Stuckler, 'Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America', *Br J Psychiatry* 2014, 12. pii: bjp.bp.114.144766. (Epub ahead of print.)

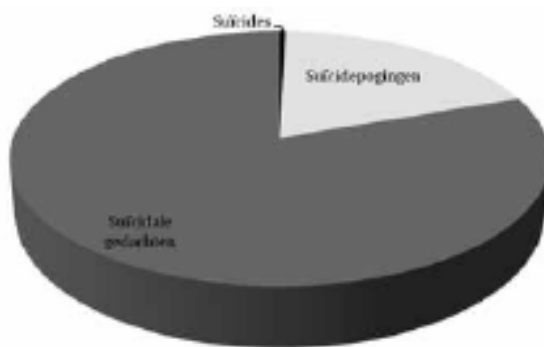
79 Z. Rihmer, B. Kapitany, X. Gonda, P. Dome, 'Suicide, recession, and unemployment', *Lancet* 2013, 2;381(9868) p. 722-723.

80 M. Nock M, G. Borges G, E. Bromet. C.B. Cha, R.C. Kessler, S.L. Lee, 'Suicide and suicidal behavior', *Epidemiological Reviews*. 2008, 30(1) p. 133-154.

Suicide is uiteindelijk een zeldzame uitkomst van suïcidaal gedrag (zie figuur 1). Er zijn per jaar in Nederland ongeveer 450.000 mensen die suïcidale gedachten hebben en 96.000 die een poging doen. Mannen suïcideren zich overigens twee maal vaker dan vrouwen, daarentegen doen vrouwen vaker een poging.

Er zijn grote verschillen in de ratio van suïcides in de wereld; zo heeft Guyana 45,2 suïcides per 100.000 inwoners en Saoedi-Arabië 0,4 suïcides per 100.000. Aangezien er in diverse landen een gebrekkige registratie plaatsvindt, moeten sommige van de cijfers gerelativeerd worden.⁸¹

Nederland heeft een goede registratie en heeft een ratio van 8,3-12,5/100.000 suïcides over de laatste dertig jaar.^{82 83} Bij suïcide is ophanging de meest voorkomende methode (zie tabel 2).



Figuur 1. Suïcidaal gedrag in Nederland

In tabel 2 worden onder kopje 'rest' onder andere de suïcides middels pesticiden en snijwonden opgenomen.

Suicide komt bij diverse psychiatrische stoornissen voor en het kan gezien worden als een

fenomeen dat ook de psychiatrische ziekten overstijgt.⁸⁴ Er wordt gesuggereerd dat depressie en de bipolaire stoornis de hoogste incidentie van suicide heeft. Er zijn echter ook patiënten met zeer ernstige depressie die nooit suïcidaal zijn. Suïcidaal gedrag komt ook voor bij schizofrenie (en andere psychotische stoornissen), persoonlijkheidsstoornissen, aanpassingsstoornissen, verslavingsproblematiek et cetera. Daarnaast is er bij een suicide veelvuldig sprake van psychiatrische comorbiditeit.

Verder kan er ook suïcidaal gedrag gezien worden bij mensen die niet primair een psychiatrische stoornis hebben. De ggz is echter wel de exclusieve tak van gezondheidszorg waar de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag plaatsvindt en thuishoort.

Suïcidaal gedrag en de ggz

We hebben uiteindelijk maar weinig goede voorspellers die het sterven door suïcidaal gedrag op individueel niveau betrouwbaar kunnen bepalen. Er zijn helaas geen goede testen die suicide betrouwbaar kunnen voorspellen. In de praktijk komt het erop neer dat herkenning, kennis, klinische ervaring en intuïtie onontbeerlijk zijn voor een goede beoordeling.⁸⁵

Suïcidaal gedrag kan, zoals eerder genoemd, niet altijd gezien worden als een ggz-probleem. Veranderingen in suïcidecijfers lijken wereldwijd veel meer af te hangen van de conjunctuur en cultuur dan van de beschikbare geestelijke gezondheidszorg. Dit neemt echter niet weg dat de beoordeling en behandeling van herkend suïcidaal gedrag bij de ggz terecht komt.⁸⁶ Dreiging met suicide wordt soms als communicatiemiddel gebruikt, hiermee kan een individu soms, zowel bewust en/of onbewust, aantonen hoe ernstig haar of zijn wanhoop is.

Dit mag er echter nooit voor zorgen dat suïcidaal gedrag gebagatelliseerd wordt. Ook indien

81 WHO. Preventing suicide. A global Imperative. World Health Organization 2014. www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

82 www.cbs.nl.

83 De Winter, Kerkhof, 2012.

84 Van Hemert, Kerkhof, De Keijser, Verwey, 2012.

85 Van Hemert, Kerkhof, De Keijser, Verwey, 2012.

86 De Winter, Kerkhof, 2012.

er het vermoeden is dat suïcidaal gedrag als communicatiemiddel wordt gebruikt, is een goede risicotaxatie essentieel. Ook deze mensen kunnen sterven door de gevolgen van dit soort gedrag!

Het is van belang om te weten dat de mensen die worden beoordeeld binnen de ggz, weer een selectie zijn van overlevenden van suïcidaal gedrag. Veel eerste pogingen eindigen, zonder tussenkomst van een hulpverlener, direct tot de dood.⁸⁷

Een eerdere suïcidepoging in de voorgeschiedenis lijkt gedurende het leven de grootste voorspeller voor het sterven aan suïcide te zijn. Dit neemt echter niet weg dat er mensen zijn die gedurende het leven ook zeer veel pogingen doen.

Van alle personen die zich suïcideren was ongeveer 40-44 procent in behandeling bij de geestelijke gezondheidszorg (ggz).⁸⁸

Uit psychologische autopsiestudies komt naar voren dat er bij meer dan 90 procent van alle suïcides sprake is van psychiatrische problematiek. Een psychologische autopsiestudie is een onderzoek waarmee, na suïcide, bij sleutelfiguren (familie, vrienden en hulpverleners) op nauwkeurige, systematische wijze gedetailleerde informatie wordt verzameld die de toedracht van de suïcide zou kunnen verklaren.⁸⁹ Er wordt verondersteld dat goede herkenning met daarbij een optimale behandeling van psy-

chiatrische ziekten de beste preventie voor suïcide is.⁹⁰

In tabel 3 staan de belangrijkste stress- en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcide.

Ongeveer een kwart van de suïcides heeft niemand van tevoren zien aankomen en komt voor de naasten als een volledige verrassing.⁹¹

Spoedeisende en klinische psychiatrie en suïcidaal gedrag

In de ggz is er weinig bekend betreffende het handelen op de preventie suïcide. Indien een hulpverlener suïcidaal gedrag herkent, wordt een patiënt in de regel beoordeeld door de ggz, waarna de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag plaatsvindt.

Meestal speelt de spoedeisende psychiatrie (crisisdienst, 7 x 24-uursdiensten) een belangrijke rol bij de beoordeling van suïcidaal gedrag. Uit de literatuur komt naar voren dat deze diensten een belangrijke preventieve rol spelen in het verminderen van het aantal suïcides.⁹²

Uit Haags onderzoek komt naar voren dat het bij ongeveer 25,4 procent van de beoordelingen bij de crisisdienst om suïcidaal gedrag gaat. Van deze groep met suïcidaal gedrag wordt 47 procent opgenomen, waarvan 32 procent vrijwillig en 15 procent met een Bopz-maatregel. Dit cijfer lijkt voor Den Haag hoger te liggen dan elders in Nederland. Mogelijk heeft dit te maken met het aantal bedden en laagdrempelige kortdurende opnamemogelijkheden voor mensen die vrijwillig worden opgenomen (De Winter e.a., in voorbereiding).

87 E. Isometsa, 'Suicidal behaviour in mood disorders - Who, When, and Why', *Can J Psychiatry* 2014, 59(3) p. 120-130.

88 A. Huisman, C.A. van Houwelingen, A.J. Kerkhof, 'Psychopathology and suicidemethod in mental health care', *J Affect Disord* 2010, 121(1-2) p. 94-99.

89 M.H. de Groot, R.F. de Winter, R. Stewart, 'Psychologische autopsie studie van 98 personen uit Groningen, Friesland en Drenthe overleden door suïcide', www.rijksoverheid.nl, 2012 p. 1-36.

90 O'Connor, Nock, 2014.

91 Huisman, Van Houwelingen, Kerkhof, 2010.

92 D. White, H. Bickley, A. Roscoe, K. Windfuhr, S. Rahman, J. Shaw, L. Appleby, N. Kapur, 'Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates 1997-2006: a cross sectional and before and after observational study', *Lancet* 2013, 379 p. 1005-12.

Tabel 3. Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren

<p>Algemeen: Suïcidepoging Letaliteit van de poging Suïcidegedachten, intentie, plannen Beschikbaarheid van een middel Eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag</p> <p>Persoonskenmerken: Leeftijd (ouder) Geslacht (man)</p> <p>Psychiatrische aandoeningen Stemmingsstoornis Angststoornis Schizofrenie of psychotische stoornis Intoxicatie (alcohol en/of drugs) Verslaving Eetstoornis Persoonlijkheidsstoornis Voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling Slaapstoornis (bij ouderen) Suïcide in de familie</p>	<p>Psychologische factoren Wanhoop Negatief denken Denkt een last te zijn voor anderen Angst Agitatie en/of agressie Impulsiviteit Gebeurtenissen en verlies Verlieservaringen Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing) Lichamelijke ziekte, pijn Werkloosheid Detentie Overig Onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie)</p> <p>Beschermende factoren (selectie) Goede sociale steun Verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap Goede therapeutische relatie</p>
---	--

Suïcidaliteit en de Bopz

Een gedeelte van de suïcidale patiënten wordt dus met een maatregel opgenomen. Uit Haags onderzoek blijkt dat suïcidaal gedrag bij 29 procent van de opnames een rol speelt (De Winter e.a., in voorbereiding). Bij 11 procent van alle acuut gesloten opgenomen vindt verscherpt toezicht plaats in verband met suïcidaal gedrag.

Binnen deze groep is 37 procent met een maatregel opgenomen.^{93 94}

Separatie is een ongewenste interventie en gedurende de laatste jaren is het gebruik hiervan gelukkig fors teruggedrongen, maar het kan nog steeds voorkomen dat iemand een zeer hoog risico heeft op suïcide en dat sepa-

ren op bepaalde momenten de veiligste en daardoor beste optie is.^{95 96}

Dwang en drang bij suïcidaliteit

We weten niet of gedwongen opname tegen suïcide beschermt.⁹⁷ Geen enkele ethische commissie geeft toestemming voor een gerandomiseerde klinische studie waarbij deelname aan de interventiegroep of controlegroep door dubbelen wordt bepaald en er vervolgens wordt onderzocht in welke groep de hoogste sterfte is!

93 R.F. de Winter, W.J. Krijger, M.C. Hazewinkel, N. Miedema, A. van Amerongen, 'Fasering bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling', *Psychopraktijk*, 2010, 3(2) p. 19-23.

94 R.F. de Winter, W.J. Krijger, N. Miedema, M.C. Hazewinkel, A.S. van Amerongen, 'Observatieniveau bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2011, suppl. 53; p. 22.

95 W. van Tilburg, J.R. van Veldhuizen, E.W. Betjaert, M.V. van de Ven-Dijkman, C.L. Mulder, P.F.J. Schulte, E.P.K. Sikkens, A.J. Tholen, 'Richtlijn besluitvorming dwang-opname en behandeling', *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* 2009.

96 Y. Voskes, J. Theunissen, G. Widdershoven, 'Best Practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg', GGZ Nederland 2011, www.veiligezorggezondheidszorg.nl/speerpunt-dwang-en-drang/ggz_n_d_d_5.pdf.

97 R.F. de Winter, M.H. de Groot, 'Zelfdoding in Nederland', *Deviant* 2012, 74; p. 10-12.

Bij suïcidaliteit is een gedwongen opname een uiterst redmiddel. Een opname kan traumatiserend en beschadigend zijn en moet zorgvuldig worden afgewogen. Op een opnameafdeling moet de autonomie zo snel mogelijk worden hersteld en de patiënt eigen verantwoordelijkheid gegeven worden. Maar zonder permanente observatie is er ook het risico dat iemand zich op een opnameafdeling van het leven berooft.⁹⁸

Hoe vaker er bij suïcidaal gedrag sprake is van wilsonbekwaamheid met daarbij onveiligheid in de thuissituatie, hoe groter de kans is dat bij weigering van vrijwillige opname een Bopz-procedure in gang zal worden gezet.

Bij hulpverleners in de ggz is er in de wijze van handelen bij psychiatrische ziektebeelden een belangrijke tweedeling.

Het handelen waarbij de autonomie wordt overgenomen. Het herstel vindt in de regel plaats vanuit het directief handelen met daarbij het overnemen van autonomie (bijvoorbeeld het verplicht geven van medicatie of verrichten van andere biologische interventies).

Het handelen waarbij verantwoordelijkheid weer zo snel mogelijk wordt teruggelegd bij de patiënt. Dit beleid wordt vaak uitgevoerd bij patiënten waarbij externaliserend gedrag op de voorgrond staat.

In de praktijk is deze (kunstmatige) tweedeling moeilijk vast te houden, er zijn mengbeelden waarbij het beleid kan wisselen en onduidelijkheid kan ontstaan.⁹⁹

Het betreft mensen die ernstig klem zitten, waarbij suïcidaliteit als communicatie van

machteloosheid, frustratie en/of woede, op een bewuste of onbewuste wijze wordt ingezet.

Aangezien we geen goede voorspellers hebben voor suïcide, lopen de patiënten in deze groep een groot risico. Als er (tijdelijk) geen invoelbare afspraken kunnen worden gemaakt is er geen andere oplossing dan een opname met een IBS. In de praktijk wordt een Bopz-maatregel in deze gevallen snel opgeheven.

Dit laatste zorgt voor onduidelijkheid. Een patiënt geeft immers aan dat het niet goed gaat en laat daarbij gevaarlijk gedrag zien waarbij de familie ten einde raad kan zijn. De advocaat of rechter ziet bij het bezoek in het kader van de Bopz-procedure dat er een ernstig ziek iemand is. Het opheffen van de Bopz-maatregel lijkt dan onlogisch en misschien niet professioneel. Daarbij is nog steeds een risico op suïcide!

Het ingewikkelde is echter in hoeverre de grenzen van behandeling in de intramurale ggz bereikt zijn. De beste langetermijnoplossing ligt vooral in de inspanning om een patiënt maximaal te motiveren voor een intensief ambulante behandeltraject.

Verder komt men in de ggz ingewikkelde of zelfs onbehandelbare aandoeningen tegen waarbij het middel soms erger kan zijn dan de kwaal. Onder bepaalde omstandigheden kan bij een opname suïcidaal gedrag toenemen en het risico op suïcide zelfs groter worden.

Niets doen is soms een betere optie dan handelen. Voor de gemiddelde hulpverlener is dit vanuit zijn professionele medische achtergrond vaak geen optie. Daarbij kunnen de juridische en tuchtrechtelijke consequenties een belangrijke rol spelen in bovenstaand beslismoment. Indien er gehandeld is wordt dit vaak minder zwaar beoordeeld dat in het geval er iets is nagelaten.

98 Huisman, Van Houweltingen, Kerkhof, 2010.

99 J.R. Cutcliffe, P. Barker, "Considering the care of the suicidal client and the case for "engagement and inspiring hope" or "observations", *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002, 9(5) p. 611-621.

Ten slotte

Ondanks alle inspanningen is het suïdecijfer de laatste jaren gestegen. De meeste suïcides vinden plaats bij mensen die niet in behandeling zijn bij de ggz. Het vergroten van de intuïtie voor het opvangen van signalen bij hulpverleners kan suïcide voorkomen of in elk geval bespreekbaar maken. Een Bopz-maatregel kan het leven redden van zeer ernstig suïcidale patiënten; soms door een opname van korte duur maar soms is het nodig om een langdurige intensieve klinische behandeling in te zetten.

Uiteindelijk blijft het voor de arts en de jurist maatwerk om bij suïcidaal gedrag tot een goede verantwoorde afweging te kunnen komen. Daarbij hopen we uiteraard dat zowel het risico op suïcide als het risico op schade door medisch-psychiatrisch handelen zo beperkt mogelijk blijft.

jurisprudentie

8 Enquêterecht voor cliëntenraden

Op 29 oktober 2014 deed de Ondernemingskamer van het Gerechtshof Amsterdam een uitspraak naar aanleiding van een enquêteverzoek dat was ingediend door de centrale cliëntenraad van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis.¹

Deze centrale cliëntenraad stelde in de procedure dat het bestuur op het punt stond een besluit te nemen over een fusie met een ander ziekenhuis, en dat de adviesrechten van de cliëntenraad daarbij stelselmatig genegeerd waren. Door middel van de enquêteprocedure werd getracht een stokje te steken voor het fusiebesluit en verdere uitvoeringshandelingen te voorkomen. De zorgaanbieder gaf in de procedure aan dat er nog geen sprake was van een voorgenomen besluit maar dat het een beleidsvoornemen betrof en dat de rechten van de raad wel degelijk gerespecteerd werden. De Ondernemingskamer oordeelde dat in het hele traject het bestuur de cliëntenraad inderdaad steeds uitgebreid van informatie had voorzien, dat er in alle fasen van de besluitvorming intensief overleg tussen partijen was gevoerd en dat de cliëntenraad in de gelegenheid werd gesteld om – zowel procedureel als inhoudelijk – zijn mening te vormen en deze in te brengen. De Ondernemingskamer zag geen redenen om aan juist beleid te twijfelen en vond dat aan de rechten van de cliëntenraad niet tekort was gedaan. Het verzoek werd afgewezen.

¹ ECLI:NL:GHAMS:2014:4433.