

# Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

*A.M. van Hemert, A.J.F.M. Kerkhof, J. de Keijser, B. Verwey, C. van Boven,  
J.W. Hummelen, M.H. de Groot, P. Lucassen, J. Meerdinkveldboom, M.  
Steendam, B. Stringer en A.A. Verlinde (Werkgroep MDR Diagnostiek en  
behandeling van suïcidaal gedrag) en G. van de Glind (projectleiding)*

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut  
van Psychologen (NIP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland  
(V&VN)

De Tijdstroom, Utrecht

NEDERLANDSE  
VERENIGING VOOR  
PSYCHIATRIE



v&vn  
Beroepsvereniging van zorgprofessionals



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

© 2012 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen  
E-mail: [info@nvvp.net](mailto:info@nvvp.net)  
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.  
Internet: [www.tijdstroom.nl](http://www.tijdstroom.nl)  
E-mail: [info@tijdstroom.nl](mailto:info@tijdstroom.nl)

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaardt auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Financiering: ZonMw, programma KKCZ.

Opdrachtgevers: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Organisatie: Trimbos-instituut.

Eindredactie: M.H. de Groot en G. van de Glind.

Deze multidisciplinaire richtlijn is geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Deze richtlijn is ook beschikbaar via [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).  
ISBN 978 90 5898 223 0  
NUR 875

---

## Bijlage 5

# Gezondheidszorgwetgeving

### 1 Inleiding

Suicide en poging daartoe heeft van oudsher levensbeschouwelijke, psychiatrische en juridische kanten gehad. In veel landen was (en is soms) suicide of een poging daartoe strafbaar, in Nederland en België niet meer. De invoering in Nederland van een aantal wetten in het gezondheidsrecht in de jaren negentig van de twintigste eeuw, waaronder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft althans enig juridisch kader geschapen. Deze bijlage licht juridische aspecten en kaders van het suicideprobleem toe aan de hand van wet- en regelgeving en jurisprudentie (voor de wetteksten, zie [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl)).

Hoe hulpverleners dienen te handelen bij dreiging van een persoon tegen diens eigen leven valt – zo is bekend uit het tuchtrecht – voornamelijk op hoofdlijnen, in algemeenheid en vooral in termen van verantwoordelijkheden te regelen. Immers, een bespreking van een suicide (-poging) en suicidaliteit levert onmiddellijk al een probleem op bij die begrippen: wordt onder suicide de handeling verstaan, of het resultaat (bijvoorbeeld de doodsoorzaak)? In juridisch opzicht is de grens tussen een gedachte aan, een verlangen of overweging tot, een voorbereiding van, en een poging tot suicide complex. Het probleem van ambivalente begripshantering komt bijvoorbeeld naar voren in geneeskundige verklaringen waarin ‘suicidaliteit’, dat zowel suicidegedachten als suïcidaal gedrag kan omvatten, nu eens bij het stoornisbegrip wordt opgevoerd, dan weer bij het onderwerp gevaar, en soms zelfs op beide plaatsen.

Twee uitgangspunten – veelal in gespannen verhouding – bepalen het juridische denken: enerzijds autonomie en zelfbeschikking van de burger, met nadrukkelijk inbegrip van de psychiatrische patiënt; anderzijds de verplichting tot kwalitatief goede zorg, met patiëntveiligheid als dominante factor, desnoods ook voor diegenen die daarom niet vragen. Dat laatste zou meer overeen kunnen stemmen met Grondwetsartikel 22 (overheid bevordert gezondheid), terwijl het eerste meer past bij andere Grondwetsartikelen (bijvoorbeeld 10, 11 en 15).

In de Nederlandse cultuur en praktijk en zeker ook in de gezondheidszorg is ten opzichte van de ons omringende landen in de afgelopen decennia

een grote en vrijwel ongeclausuleerde nadruk gelegd op autonomie en zelfbeschikking. De Nederlandse rechtspraak legt vaak de nadruk op het 'zelfbeschikkingsrecht', terwijl het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) het begrip van de 'menselijke waardigheid' meer laat prevaleren. Autonomie en zelfbeschikking zijn onder andere neergelegd in grondwetsartikelen, zoals artikel 10 (eerbiediging en bescherming van de persoonlijke levenssfeer), artikel 11 (onaantastbaarheid van het menselijk lichaam) en artikel 15 (waarborgen bij vrijheidsontneming) en deze begrippen worden vooral gezien als afweerrechten: het recht met rust gelaten te worden, *the right to refuse treatment*. Ten gevolge van de harmonisering en uniformering van Europese wet- en regelgeving ontstaat er een discussie over de uitzonderlijke benadrukking van het zelfbeschikkingsrecht in Nederland, convergerend naar het Europese denken waarin bescherming van de menselijke waardigheid prevaleert.

Artikel 2 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens (EVRM) stelt: 'Het recht van een ieder op leven wordt beschermd door de wet, waarop een aantal uitzonderingen op deze verplichting van de verdragsstaten volgt – maar suïcide staat daar niet bij. Al in 2002 benadrukte het EHRM – redenerend vanuit de menselijke waardigheid – het ontbreken van een 'recht op suïcide' én de verplichting van een staat zich in te spannen een dreigende suïcide te voorkomen (Hendriks et al., 2008). De inspanningsverplichting het leven te beschermen wordt in recente jurisprudentie van het EHRM alleen maar verscherpt (zie paragraaf 9, Jurisprudentieoverzicht). Dat komt overeen met het standpunt van de Nederlandse Inspectie over de inzet van de Wet Bopz bij suïcidaal gedrag (kortweg: gevaar dat kán worden gekeerd, móet worden gekeerd: IGZ, 2000). Ook in de aanstaande Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), hoezeer ook gericht op goede behandeling, krijgt de veiligheid een belangrijke plaats. Het sluit aan bij het dominant geworden veiligheidsdenken: patiëntveiligheid krijgt grote nadruk.

## 2 Instellingsbeleid: Kwaliteitswet zorginstellingen

De instelling heeft een bestuurlijke verplichting vanwege het beleid voor suïcidepreventie. De Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwzi) schrijft voor dat de instelling 'verantwoorde zorg' levert, beleid voert voor kwaliteit, en beschikt over een kwaliteitssysteem met kwaliteitsindicatoren. Veiligheidsbeleid, ook op het gebied van suïcidepreventie, maakt hier deel van uit. De instelling is vrij dit zelf vorm te geven. Zij dient wel beleid geformuleerd te hebben betreffende suïcidepreventie, zoals protocollen over suïcidaliteitsbeoordeling en handelen na een suïcide. Deze protocollen zijn actueel en voor alle medewerkers toegankelijk via bijvoorbeeld een (elektronisch)

kwaliteitshandboek. In de Kwaliteitswet is ook het aan de IGZ melden van calamiteiten vastgelegd, waaronder een suïcide of een ernstige suïcideopgong verstaan kán worden.

In de nieuwe HKZ-normen (Stichting HKZ, 2009) staat (norm 2.3.1) dat 'de instelling bij iedere cliënt de risico's van de uitvoering van de zorg- of dienstverlening vaststelt'. Suïcidegevaar kan als zo'n risico worden gezien. Tevens wordt gesteld (norm 2.5.2 h): 'in het cliëntendossier zijn onder meer gegevens over het verloop van de zorgverlening opgenomen, bijvoorbeeld crisissituaties en suïcidegevaar'.

### 3 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, Burgerlijk Wetboek 7) biedt een kader voor de onderlinge verhoudingen tussen mensen, organisaties en instellingen. Goed hulpverlenerschap, overleg, informatie en instemming zijn hoofdthema's. Zo levert de hulpverlener zorg van een goed hulpverlener volgens de professionele standaard (artikel 453) en heeft daarbij informatieplicht (artikel 448) en dossierplicht (artikel 454). De professionele standaard heeft grote kenbronnen waarbij niet alleen standaarden in engere zin, protocollen<sup>1</sup> en richtlijnen een onderdeel zijn, maar ook *good clinical practice*, medemenselijkheid en aandachtige bejegening.

De WGBO heeft betrekking op alle patiënten die behandeld worden in de ggz tenzij een specifieke wet anders regelt (bijvoorbeeld bij patiënten die vallen onder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de Wet Bopz). Bij het onderzoeken en behandelen van suïcidaliteit gaat het vooral om die artikelen die de geheimhouding en informatieplicht betreffen.

#### 3.1 Geheimhoudingsplicht bij leven

Hulpverleners hebben een geheimhoudingsplicht, ook na het overlijden van de patiënt (artikel 457 Wet BIG, artikel 88). Zonder toestemming van patiënt geen informatieverstrekking. De geheimhoudingsplicht kan door de hulpverlener alleen onder bijzondere omstandigheden doorbroken worden. Indien de patiënt weigert familie en naasten in te lichten over de suïcidaliteit, zal men eerst alles in het werk moeten stellen om de patiënt alsnog te motiveren om hen bij de behandeling te betrekken.

---

<sup>1</sup> Het is zinvol om onderscheid te maken tussen een protocol (handelingsvoorschrift waarvan alleen bij overmacht kan worden afgeweken) en een richtlijn (handelingsrichting waarvan beargumenteerd kan worden afgeweken).

Bij leven van de patiënt kan de hulpverlener volgens het 'conflict-van-plichtenmodel' anderen informeren wanneer het niet doorbreken van het beroepsgeheim ernstige schade oplevert voor een ander. In geval van acute en concrete suïcideplannen met een hoog risico op een letale afloop voor de patiënt zelf vraagt het goed hulpverlenerschap toch actie van de hulpverlener met voorbijgaan aan zijn geheimhoudingsplicht. Ook hier gelden de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid: de zwijgplicht wordt zo min mogelijk doorbroken en alleen relevante feitelijke informatie wordt gegeven. De afweging van belangen en toetsing van de criteria worden in het dossier vastgelegd.

### 3.2 Geheimhoudingsplicht na overlijden

Na een suïcide dient de behandelaar per keer af te wegen in hoeverre anderen (huisarts, nabestaanden, medecliënten, ketenpartners) over de suïcide c.q. het overlijden van de patiënt dienen te worden ingelicht. De informatie die daarbij wordt verstrekt, is zo relevant en beperkt mogelijk (proportionaliteitsbeginsel), is zo veel mogelijk in de geest van de overledene, en geschiedt bij voorkeur mondeling in een gesprek met de betrokkenen (Gerzon et al., 2007).

Hoe om te gaan met het beroepsgeheim na de suïcide van de patiënt? De algemene regel is dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van de patiënt (KNMG, 2010). Nabestaanden en andere partijen hebben wettelijk géén recht op informatieverstrekking of inzage in, en afschrift van het dossier. In beginsel wordt alleen informatie gegeven indien de overledene daarvoor bij leven toestemming heeft gegeven. Aangezien de regel 'na de dood geen inzage' tot situaties kan leiden die, bijvoorbeeld jegens de naasten, als onjuist moeten worden beschouwd, bestaat hierop een aantal uitzonderingen: veronderstelde toestemming van patiënt, een wettelijk voorschrift, en een conflict van plichten bij de behandelaar wegens zwaarwegende belangen van derden (KNMG, 2010). Informatieverstrekking is ten eerste mogelijk wanneer dit 'in de geest van de overledene' is, dus wanneer verondersteld kan worden dat betrokkene daar bij leven toestemming voor zou hebben verleend aan de verzoeker. Deze 'veronderstelde toestemming' moet door de behandelaar zelf achteraf worden gereconstrueerd zonder dat hiervoor vaste criteria zijn. Daarbij mag men veronderstelde toestemming niet te gemakkelijk aannemen: er moeten concrete aanwijzingen zijn dat de overledene zou hebben ingestemd. Factoren die bij de afweging van belang zijn, zijn bijvoorbeeld: wie is de verzoeker, hoe was de verhouding met de overledene, wat is het doel van het verzoek, welke gegevens betreft het (privacygevoelig?), wat zijn de gevolgen voor nabestaanden? De behandelaar kan bijvoorbeeld toestemming veronderstellen als het gaat om een verzoek van een nabestaande die

bij leven een goede band had met de overledene en op de hoogte was van de inhoud van de behandeling.

De veronderstelde toestemming strekt zich niet zonder meer uit tot de gehele inhoud van het dossier. Bij veronderstelde toestemming is het verstandig geen inzage in, of afschrift van het gehele dossier te verlenen, maar mondeling of schriftelijk informatie te verstrekken over de inhoud van de behandeling voor zover de veronderstelde toestemming reikt. Bij een klacht tegen een arts door belanghebbenden wegens een vermeende medische fout met als gevolg het overlijden van de patiënt zal toestemming vaak kunnen worden verondersteld. Aangenomen kan worden dat de patiënt gewild zou hebben dat bekend wordt waardoor en hoe hij of zij is overleden.

Ten tweede kan een wettelijk voorschrift de behandelaar verplichten gegevens over de overledene te verstrekken aan derden, bijvoorbeeld aan de lijkschouwer volgens de Wet op de lijkbezorging (zie paragraaf 6.1). Een derde uitzonderingsgrond is een 'conflict van plichten' bij de behandelaar: enerzijds is deze gehouden aan de zwijgplicht jegens de patiënt, anderzijds zijn er andere zwaarwegende belangen die hem tot gegevensverstrekking nopen. Om een beroep te doen op het conflict van plichten, moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn:

- alles is in het werk gesteld om toestemming van de patiënt te verkrijgen;
- het niet doorbreken van het beroepsgeheim levert ernstige schade op voor een ander;
- de hulpverlener verkeert in ernstige gewetensnood door handhaving van de zwijgplicht;
- er is geen andere weg dan doorbreking van de zwijgplicht om schade te voorkomen;
- het is vrijwel zeker dat hiermee de schade kan worden voorkomen of beperkt;
- de zwijgplicht wordt zo min mogelijk doorbroken: alleen relevante feitelijke informatie;
- de afweging van belangen en toetsing van de criteria worden in het dossier vastgelegd.

Na een suïcide kunnen zwaarwegende belangen voor de nabestaanden, bijvoorbeeld gezondheidsschade voor derden, de behandelaar doen besluiten toch gegevens te verstrekken. Ook het belang van waarheidsvinding in een gerechtelijke procedure kan als 'zwaarwegend' worden beschouwd. Persoonlijke belangen van derden, zoals financiële belangen (denk aan vragen van levensverzekeringen) of emotionele belangen (rouwverwerking) zijn niet zonder meer voldoende zwaarwegend om het beroepsgeheim op deze grond te doorbreken.

De genoemde gronden dienen onafhankelijk van elkaar te worden beoor-

deeld: pas als er onvoldoende concrete aanwijzingen zijn voor ‘veronderstelde toestemming’, en er geen wettelijk voorschrift tot gegevensverstrekking is, dient de behandelaar over te gaan tot afweging van de zwijgplicht en eventuele ‘zwaarwegende belangen’ (Dute, 2007). Informatieverstrekking betekent niet automatisch afschrift verstrekken van (delen van) het dossier, hoewel de KNMG (2010) stelt: ‘de manier waarop de gegevens verstrekt zouden moeten worden (mondeling, inzage, afschrift) doet voor de principiële vraag of dit is toegestaan niet ter zake’.

Dit alles laat onverlet dat het goed gebruik is na een suïcide de familie en naasten uit te nodigen voor een persoonlijk gesprek met de behandelaars waarin het behandelbeleid wordt toegelicht, hun vragen zo veel mogelijk worden beantwoord, en waar nodig opvang en begeleiding bij het verwerken van hun verlies wordt aangeboden (zie hoofdstuk 10, paragraaf 3).

### 3.3 Geneeskundig handelen bij wilsonbekwame patiënten

De WGBO biedt de mogelijkheid om bij wilsonbekwaamheid geneeskundig te handelen, bijvoorbeeld na een suïcidepoging. Ingeval iemand wilsonbekwaam is ter zake van een behandeling (dat wil zeggen: niet in staat is beslissingen te nemen over zijn of haar behandeling), kan die behandeling zonder toestemming van de patiënt plaatsvinden (artikel 465 en 466). Dat kan alleen als ernstig (somaatisch) nadeel moet worden afgewend, zoals bij maagspoelen na een suïcidepoging. Een vertegenwoordiger moet bij een als wilsonbekwaam beoordeelde patiënt geïnformeerde toestemming geven voor onderzoek en behandeling (artikel 448-450). Ontbreekt een dergelijke vertegenwoordiger op het (acute) moment, dan handelt de behandelaar als ‘goed hulpverlener’.

Tot slot regelt de WGBO ook het opzeggen van een behandelingsovereenkomst door een hulpverlener: alleen als er ‘gewichtige redenen’ voor zijn (artikel 460). Een suïcidepoging is doorgaans geen gewichtige reden voor het beëindigen van een behandelrelatie.

## 4 Professionele verantwoordelijkheid: Wet BIG

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) heeft als doel het beschermen van een goede uitoefening van de gezondheidszorg. De wet ziet toe op ‘alle verrichtingen die betrekking hebben op een persoon en die ertoe dienen hem van een ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen’ (artikel 1).

Voor een aantal beroepen (de zogeheten artikel 3-beroepen) regelt de wet titelbescherming via inschrijving in het BIG-register en beschrijft de wet



globaal de deskundigheidsgebieden. Het is aan het veld, de beroepsgroepen zelf, hier nadere invulling aan te geven en de grenzen van de professionele verantwoordelijkheid te bepalen. Slechts een aantal geneeskundige handelingen heeft de wetgever – wegens hun ingrijpende karakter – voorbehouden aan specialisten met een daarop gerichte opleiding en training: de ‘voorbehouden handelingen.’ Voor elke individuele hulpverlener geldt daarbij: niet bekwaam is niet bevoegd. Binnen de ggz is discussie over de competentie voor de beoordeling van suïcidaal gedrag. Daarmee hangt samen op welke wijze de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de beroepsgroepen psychiaters, artsen, klinisch psychologen, gz-psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundig specialisten en (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundigen is geregeld.

De Wet BIG geeft hier als kaderwet weinig houvast. Volgens de heersende – dus niet formeel wettelijke – praktijk die wordt ingegeven door jurisprudentie (zie paragraaf 9) is een suïcidebeoordeling veelal het domein van de arts, specifiek de psychiater. In een aantal instellingen is dit in het professioneel statuut ook als zodanig vastgelegd, vaak met een redenering analoog aan de voorbehouden handelingen: de risicovolle handelingen. In een aantal instellingen is in een professioneel statuut de beoordeling aan specialisten toebedeeld (artikel 14 Wet BIG): naast een psychiater kan ook een klinisch psycholoog en in sommige gevallen een verpleegkundig specialist deze beoordeling doen. Hierbij is uiteraard het ter zake deskundig zijn een voorwaarde: medewerkers dienen ook formeel te voldoen aan het criterium van bekwaamheid ter zake. Concreet betekent dit dat bij een nieuwe suïcidale patiënt, of bij het nieuw optreden van suïcidegevaar in een lopende behandeling, de behandelaar een psychiater consulteert (of waar dit bij professioneel statuut geregeld is, een klinisch psycholoog en een verpleegkundig specialist). Dit kan, maar hoeft niet te leiden tot een face-to-faceconsult met de patiënt. De volgende overwegingen zijn hierbij relevant.

Eenzijds stelt de Wet BIG nergens dat een suïcidaliteitsbeoordeling specifiek behoort tot het deskundigheidsgebied van de arts (‘handelingen op het gebied van de geneeskunst’). Onderzoek naar suïcidaal gedrag behoort ook niet tot de door de wetgever vastgestelde voorbehouden handelingen, alhoewel het zeker verdedigbaar is het tot de ‘risicovolle handelingen’ te rekenen. De NVvP-commissie richtlijn Besluitvorming dwang (Van Tilburg et al., 2008) concludeert terecht dat suïcide niet exact te voorspellen is en ‘er geen risicotaxatie-instrumenten bestaan waarmee de waarschijnlijkheid van een suïcide in een individueel geval precies is aan te geven.’ Onderzoeksgegevens over de vraag of een suïcidaliteitsbeoordeling door een psychiater tot een betere voorspelling leidt dan de ‘klinische blik’ van andere BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren zoals de gz- of klinisch psycholoog of psychotherapeut, zijn ons niet bekend. Daarbij is

de bekwaamheid van een psychiater die weinig met suïcidale patiënten werkt waarschijnlijk geringer dan die van een klinisch psycholoog met veel expertise op dit terrein. Het beperken van onderzoek naar suïcidaal gedrag en de behandeling daarvan tot het domein van de psychiater voor elke suïcidale patiënt leidt tot een (te) defensief beleid en een onwerkbare situatie.

Anderzijds kan gesteld worden dat suïcidaliteit een ernstig en alarme- rend symptoom van een psychiatrische stoornis kan zijn dat kan nopen tot (herziening van de) psychiatrische diagnostiek en (bijstelling van het) behandelbeleid, inclusief de overweging over een al of niet gedwongen psychiatrische opname. Volgens deze redenering ligt het voor de hand de psychiater in elk geval bij het behandelbeleid te betrekken als een ernstige psychiatrische stoornis vermoed kan worden of als de noodzaak van een psychiatrische opname afgewogen moet worden. Bij een vermoeden van een psychiatrische stoornis waarbij de noodzaak van een opname niet overwogen hoeft te worden, kan ook een klinisch psycholoog of een verpleegkundig specialist bij het behandelbeleid worden betrokken. Bij de beoordeling van suïcidaliteit behoort dus in ieder geval een specialist geconsulteerd te worden; in welke situatie welke discipline hiervoor wordt ingezet, zal afhankelijk zijn van het in de instelling geldende professionele statuut. Afhankelijk van de ingeschatte complexiteit en ernst van het beeld kan het consult beperkt blijven tot het gezamenlijk afwegen van de relevante factoren en een advies aan de behandelaar, zich uitbreiden tot een face-to-facebeoordeling van de patiënt door de specialist, of het (tijde- lijk) overnemen van de behandelverantwoordelijkheid. Ongeacht of deze specialist besluit de suïcidale patiënt zelf te onderzoeken of te behandelen, draagt hij in deze situaties medeverantwoordelijkheid voor behandelbeslis- singen.

Als leidraad geldt dat naarmate het psychiatrische beeld van de suïcidale patiënt complexer, ernstiger, acuter of meer aan verandering onderhevig is, de verantwoordelijkheid méér bij de psychiater en minder bij de klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist ligt (en dient te worden gelegd door overige behandelaren). In het jurisprudentieoverzicht (paragraaf 9) wordt nader ingegaan op deze 'groeierende' verantwoordelijkheid van de psychiater naarmate de problematiek zwaarder is. Daar wordt eveneens gesteld dat het nemen van behandelverantwoordelijkheid door de psychi- ater de overige bij de behandeling betrokken beroepsbeoefenaren niet ontslaat van verantwoordelijkheid voor hun eigen handelen ten opzichte van de suïcidale patiënt. Mutatis mutandis geldt deze verdeling van de verantwoordelijkheid ook wanneer de beoordeling door een klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist wordt uitgevoerd. Tot slot noopt de afweging om al dan niet dwang (Wet Bopz) in te zetten altijd tot een beoordeling door een (onafhankelijke) psychiater.

## 5 Suïcidaliteit en dwang: Wet Bopz

Het inzetten van dwang volgens de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) bij suïcidale (psychiatrische) patiënten is een complex en controversieel onderwerp. De vraag is of onderzoeken en behandelen van suïcidaliteit onder de Wet Bopz valt, en zo ja: wanneer? Wordt het gevaar van suïcide afgewend door dwang, of is dwang juist contraproductief en leidt dwang tot een hoger risico op suïcide?

Hoewel de effectiviteit van dwangmaatregelen bij suïcidepreventie niet wetenschappelijk is aangetoond, kan inzet van de Wet Bopz in het individuele geval echter wel degelijk een suïcide voorkomen. Om te besluiten tot een dwangopname (vanwege het acute karakter van het gevaar (in de zin van suïciderisico) zal hier veelal sprake zijn van een inbewaringstelling, ibs) dient volgens de Wet Bopz voldaan te zijn aan vier criteria: (1) een (vermoeden van een) geestesstoornis, (2) gevaar, (3) een causaal verband tussen beide en (4) het ontbreken van alternatieven om het gevaar af te wenden (*ultimum remedium*).

Het toetsen van het bereidheidscriterium, het ontbreken van bereidheid tot opname, is ondersteunend bij het besluit tot dwangopname (Dijkers & Widdershoven, 2008). De *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling* van de NVvP (2008) biedt psychiaters hulp bij de toepassing van dwang in de psychiatrie.

Volgens het Europese recht (EVRM) en Nederlandse jurisprudentie dient een geneeskundige verklaring (*objective medical expertise*) in de procedure van een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging opgesteld te worden door een psychiater. Voor een inbewaringstelling wordt de geneeskundige verklaring opgesteld door een psychiater. In goed beargumenteerde uitzonderlijke situaties kan dit door een andere arts gebeuren, waarbij de patiënt in het laatste geval zo spoedig mogelijk daarna alsnog door een psychiater moet worden beoordeeld.

Suïcidaliteit is op zichzelf geen geestesstoornis zoals bedoeld in de Wet Bopz. Hoewel personen die zich suïcideren in 90% van de gevallen een of meer psychiatrische aandoeningen hebben (APA, 2003), kan ook in afwezigheid van een psychiatrische stoornis een doodswens en daaruit voortvloeiend suïcidaal gedrag, optreden. Een complicatie binnen de Wet Bopz is dat suïcidaliteit in twee opzichten een criterium kan vormen: als symptoom van de geestesstoornis en als onderdeel van het gevaar ('dubbelcriterium') (Zuijderhoudt, 2004). Hierdoor kan een cirkelredenering ontstaan: de suïcidaliteit wordt opgevoerd zowel om de geestesstoornis aan te tonen (de patiënt is suïcidaal dus geestesgestoord), als om het gevaar dat de patiënt voor zichzelf veroorzaakt te onderbouwen (de patiënt is suïcidaal dus gevaarlijk). In de formulering van de geneeskundige verklaring moet echter duidelijk zijn wat de relatie tussen de geestesstoornis en het daaruit

voortvloeiende gevaar is. Nog daargelaten de impliciete vooronderstelling dat aan suïcidaliteit altijd een psychiatrische stoornis ten grondslag ligt (Achilles et al., 2006).

Wanneer het suïcidale gedrag actief in de kliniek aanwezig blijft, geïllustreerd door handelingen van de patiënten in de vorm van suïcidale gestes of pogingen op de afdeling, en er geen overeenstemming over het behandelplan wordt bereikt, kan het nodig zijn dwang in te zetten. Ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties kunnen dit vijf middelen en maatregelen zijn: (1) separatie of (2) afzondering, en/of (3) fixatie, en/of (4) medicatie, en/of (5) toedienen van vocht en voeding.

De suïcidale patiënt die gedwongen opgenomen is, kan op grond van de Wet Bopz (artikel 36, lid 3) 'aan kleding en lichaam' worden onderzocht (gefouilleerd) en gevaarlijke voorwerpen kunnen hem worden ontnomen. De Wet Bopz laat onderzoek 'in het lichaam' niet toe! 'Gevaarlijke voorwerpen' kunnen in het licht van een suïcidepoging van uiteenlopende aard zijn (plastic zakken, veters, riemen, autosleutels, aanstekers).

## 6 Meldingsplicht suïcide

### 6.1 Wet op de lijkbezorging

De melding van elke vorm van overlijden is geregeld in de Wet op de lijkbezorging (Wlb). Bij een natuurlijke dood kan de overlijdensverklaring door zowel de behandelend arts als de gemeentelijk lijkschouwer worden afgegeven. Suïcide is een niet-natuurlijke dood. Hierbij kan geen overlijdensverklaring worden afgegeven door de behandelaar. De arts die de niet-natuurlijke dood heeft vastgesteld, meldt dit 'onverwijld' aan de gemeentelijk lijkschouwer. Afhankelijk van de doodsoorzaak (suïcide, ongeval, hulp bij zelfdoding) vult de gemeentelijk lijkschouwer het bijbehorende formulier in en stuurt dit aan de officier van justitie die beoordeelt of er een vermoeden is van strafbare feiten die nader onderzoek vereisen. Wanneer de suïcide zich buiten de instelling afspeelt, behoort het voorafgaande in de regel tot de taak van de huisarts en/of de politie.

### 6.2 Meldingsplicht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De afgelopen jaren meldden ggz-instellingen alle suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel (in het vervolg: suïcides) aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), omdat deze door de IGZ werden beschouwd als een calamiteit volgens de definitie van de Kwaliteitswet zorginstellingen (artikel 4a). Een promotieonderzoek (Huisman, 2010) heeft uitgewezen dat een groot deel van de suïcides niet direct samenhangt met aanwijsbare tekortkomingen in de zorg en daarmee niet voldoet aan de definitie van

calamiteit van de Kwaliteitswet. In 2010 heeft de IGZ via een pilot bij drie instellingen onderzocht of de genoemde bevindingen vanaf 2011 in gewijzigd landelijk beleid konden worden omgezet (zie ook: Van der Zanden, 2010; Zuiderhoudt, 2010; Gijsbers van Wijk e.a., 2011). De uitkomsten van deze pilot hebben de IGZ doen besluiten om met ingang van 1 mei 2011 niet alle suïcides verplicht meer te laten melden.

Er zijn nu twee groepen van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel die ggz-instellingen verplicht zijn te melden bij de IGZ. (Onder ggz-instellingen worden verstaan: alle ggz-instellingen die vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg blijven verplicht elke suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel te melden aan de IGZ.)

1. Suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel die verband houden met een tekortkoming in de zorg (calamiteitmelding). De Kwaliteitswet definieert een calamiteit als 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorgen die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt heeft geleid'. Een calamiteit betekent dus: een tekortkoming in de zorg; dit is aan de orde als er sprake is van onvoldoende toezicht op de patiënt, onvoldoende diagnostiek van suïcidaal gedrag, onvoldoende overdracht of communicatie en/of het onvoldoende volgen van professionele richtlijnen, het professionele statuut of de suïcidepreventienota van de instelling.
2. Suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel van een patiënt bij wie sprake is van een gedwongen opname en/of zorg en/of van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het gedwongen kader wordt gegeven door de Wet Bopz (ggz-instelling) of het Wetboek van strafrecht (ggz-instelling voor forensische zorg). De verplichting geldt ook voor een patiënt die vrijwillig een vrijheidsbeperkende maatregel heeft geaccepteerd en vervolgens zich suïcideert of een suïcidepoging doet met ernstig letsel als gevolg.

Een suïcide of een suïcidepoging met ernstig letsel moet aan de IGZ worden gemeld op basis van een door de IGZ vastgesteld format (zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl) > Melden > Melden als zorgaanbieder > 'Format melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie').

Daarnaast vraagt de IGZ aan ggz-instellingen om vanaf 1 januari 2012 ieder kalenderjaar de volgende informatie over het daaraan voorafgaande jaar aan te leveren:

1. Het totaal aantal suïcides en de namen van de locaties en/of afdelingen waar de suïcides plaatsvonden.
2. Het totaal aantal suïcidepogingen met ernstig letsel en de namen van de locaties en/of afdelingen waar de suïcides plaatsvonden.

3. Maakt de instelling gebruik van een systeem om systematisch suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel te registreren en te analyseren en om op basis daarvan conclusies en eventuele verbetermaatregelen te formuleren?
4. Heeft de instelling verbetermaatregelen getroffen op grond van de analyse van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel? Zo ja, welke; zo nee, waarom niet?

### 6.3 Wet openbaarheid van bestuur (Wob)

Op grond van de Wet openbaarheid van bestuur (Wob) zijn er verzoeken gedaan om de verslaglegging van een suïcide. Naar aanleiding hiervan hebben nabestaanden met succes suïciderapportages opgeëist bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Landelijk Jurisprudentie Nummer: BB9778, Rechtbank Dordrecht, 2007). In reactie hierop heeft de Raad van State in april 2011 beslist dat inzage door nabestaanden in suïciderapportages op basis van de Wob niet is toegestaan (201008171/1/H3). In het veld heeft dit de discussie over het veilig melden aangewakkerd (Crul & Leemaate, 2008). In reactie hierop heeft de minister van vws besloten dat bij rapportages vanuit de instelling de geheimhoudingsplicht prevaleert boven de Wob. In een brief van de IGZ aan ggz-instellingen wordt gesteld dat alleen de conclusies van de IGZ zoals verwoord in haar afhandelingsbrief openbaar gemaakt kunnen worden. Hiermee is een vorm van anonimisering geboden die echter niet garandeert dat de gegevens niet herleidbaar zijn tot een bepaalde persoon; reden om waakzaam te blijven vanwege het beroepsgeheim.

## 7 Suïcide en klachtrecht: Wklcz, tucht- en strafrecht

Het doel van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wklcz) is het regelen van de behandeling van klachten van patiënten van gezondheidszorginstellingen. Elke zorginstelling moet een regeling treffen voor de behandeling van klachten over 'een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens de cliënt' en voorzien in een klachtencommissie met een onafhankelijke voorzitter. In beginsel kan alleen door of namens een patiënt bij de klachtencommissie een klacht tegen een zorgaanbieder worden ingediend (artikel 2, lid 4). In afwijking hiervan mag bij de klachtencommissie eveneens een klacht tegen een zorgaanbieder worden ingediend over 'een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens een cliënt die inmiddels is overleden' (artikel 2, lid 6). Een familielid of naaste kan in dat geval een klacht indienen. De Wet Bopz heeft in artikel 41 klachtgronden beschreven en wie een klacht kan indienen. Bij suïcidaliteit zal een klacht dan veelal indirect beargumenteerd moeten worden,

bijvoorbeeld via de klachtgrond 'niet toepassen van het overeengekomen behandelingsplan.'

Er kunnen zich in de Wklcz complicaties voordoen bij de vraag of de overledene toestemming zou hebben gegeven voor het openen van het dossier. Wat te doen als de overledene expliciet heeft aangegeven dat familie en naasten geen toestemming krijgen tot inzage in het dossier en dan via een klachtprocedure dat wel zouden krijgen? Bij een klacht mag de behandelaar zich beroepen op zijn belang om zichzelf te kunnen verdedigen, dat – afhankelijk van de omstandigheden van het geval – zwaarder kan wegen dan de zwijgplicht.

Vooraf bij het strafrecht, dat bij 'nalatige' suicides door de nabestaanden ingezet kan worden, kan spelen dat de hulpverlener ter zake als verdachte onderwerp van onderzoek is en zich niet met succes op het beroepsgeheim en dus op de zwijgplicht kan beroepen; het beroepsgeheim is er ter bescherming van de patiënt en niet van de hulpverlener. Voor het tuchtrecht wordt verwezen naar paragraaf 9 over de jurisprudentie.

## 8 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

De Nederlandse praktijk en ideologie rond 'zelfbeschikking' is afwijkend van die in Europees verband. Hoewel er vragen zijn in hoeverre een verzoek om levensbeëindiging een relatie heeft met suicidaliteit, wordt voor juridische aspecten verwezen naar die specifieke wetgeving. Verwezen wordt naar de *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis* (Tholen et al., 2009) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) waarin onder meer de zorgvuldigheidseisen, de rol van de SCEN-arts (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) en de regionale toetsingscommissies worden toegelicht.

## 9 Jurisprudentieoverzicht

### 9.1 Vertrekpunt: EHRM

Een vertrekpunt is de zaak Keenan versus het Verenigd Koninkrijk (Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM), 3 april 2001, *Boyz Jurisprudentie* 2001 nr 52, met noot van J. Dute) waarin het Europese Hof benadrukt dat krachtens artikel 2 EVRM (recht op leven) op de overheid een positieve plicht rust te trachten een suicide te voorkomen. Die plicht wordt begrensd door enerzijds de fundamentele rechten van de betrokkene, anderzijds het gegeven dat niet elk gevaar kan worden uitge-



bannen. Maar bij 'those detained in their custody' draagt de overheid een verzwaarde verantwoordingsplicht, omdat degenen die van hun vrijheid beroofd zijn extra kwetsbaar zijn. Dat geldt ook voor patiënten opgenomen in het kader van de Wet Bopz.

### 9.2 De Wet Bopz

De Hoge Raad vindt (met het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM)) dat niet elk gevaar van suïcide door middel van dwangopneming moet worden uitgebannen (Hoge Raad, 14 december 1976, *Nederlandse Jurisprudentie*, 1977, 174), al is het uitgangspunt van de Wet Bopz dat gevaar dat kán worden gekeerd, móet worden gekeerd. De rechter toetst dan ook of aan de algemene rechtsbeginselen (doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit) is voldaan en kan dan ondanks suïcidegevaar een dwangopname afwijzen (Rechtbank Breda, 20 juli 2009 en 14 januari 2010, *Bopz Jurisprudentie* 2010 nrs 30 en 31 met noot van R. Zuijderhoudt; evenzo Rechtbank 's-Hertogenbosch, 31 maart 2010, 208929/FA RK 10-1510, *Bopz Jurisprudentie* 2010 met noot van R. Zuijderhoudt). Overigens mag dat er niet toe leiden dat de psychiater dan maar geen geneeskundige verklaring uitschrijft.

### 9.3 De WGBO

Die zware zorgplicht voor het leven is niet beperkt tot onvrijwillige opnames. Bij een vrijwillig opgenomen jonge moeder die zich ondanks het 'rode-stipbeleid' een ogenblik wist te onttrekken aan toezicht in de instelling en zich prompt suïcideerde met achterlating van een klein kind, legde de rechter de verantwoordelijkheid en daarmee de civielrechtelijke aansprakelijkheid geheel bij de instelling (Rechtbank Breda, 20 augustus 2002, *Bopz Jurisprudentie* 2002 nr 49 met noot van A. Blok, zeer leerzaam), conform de 'leer' uit het zogeheten Willibrordarrest (Hoge Raad 16 juni 2000, *Bopz Jurisprudentie* 2000 nr 54, met noot van R. Zuijderhoudt): als een veiligheidsnorm geschonden is (en daarvan is bij ontoereikend toezicht al snel sprake, zeker als er regels en protocollen zijn) volgt al snel aansprakelijkheid voor de gevolgen.

### 9.4 Het tuchtrecht, de Wet BIG

Betekent het voorgaande dat in de kliniek rigoureuus elk risico moet worden uitgesloten, zoals de vader en tevens mentor van een (vrijwillig opgenomen) suïcidale vrouw eiste, terwijl de behandelaar haar een beetje 'ruimte' wilde geven? Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG 8 november 2001, *Bopz Jurisprudentie* 2002 nr 32, met noot van R. Zuijderhoudt) oordeelde van niet omdat 'gehandeld werd volgens een zorgvuldig overwogen behandelplan [...] de tragische afloop [...] ten spijt'. Het draait dus om de zorgvuldigheid van de handelwijze.



Niet altijd is glashelder wie daarin als verantwoordelijke optreedt. Doorgaans staat een zekere verantwoordelijkheid van de psychiater vast: 'het had op de weg van verweerster gelegen om bij een dergelijke stand van zaken een spoedige psychiatrische beoordeling en een directe vooraanmelding bij de crisisdienst [...] te realiseren. Deze zorgplicht vloeit ook voort uit artikel II.7 van de beroepscode voor psychiaters van de NVvP dat de psychiater ervoor verantwoordelijk is dat continuïteit van de hulpverlening en een goede bereikbaarheid verzekerd zijn' (Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 5 augustus 2008, 07/165). Sluit dit de eigenstandige bevoegdheid van andere BIG-geregistreerden uit? Niet voor zover die reikt: (Regionaal Tuchtcollege Den Haag 10 februari 2009, 2007 H 089a en 089b): 'de arts die vanaf het intakegesprek betrokken was bij de behandeling liet de reguliere vervolggesprekken over aan een ervaren verpleegkundige. Dat is niet ongebruikelijk en een dergelijke werkverdeling is verantwoord'. In dezelfde lijn oordeelde het Regionaal Tuchtcollege College voor de Gezondheidszorg, Eindhoven (17 augustus 2009, 2008.59b): 'het is vooral niet onjuist geweest om het gesprek door een ervaren en met patiënt bekende sociaalpsychiatrisch verpleegkundige te laten voeren; deze mag immers daartoe bekwaam en derhalve bevoegd worden geacht'. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in recent hoger beroep specificiert de verantwoordelijkheden en legt een waarschuwing op: 'Hoewel ervan moet worden uitgegaan dat X een ervaren sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) is – die de patiënt bovendien kende van het eerste contact ... is het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van oordeel dat in dit geval, bij de hiervoor geschetste voorgeschiedenis van de patiënt en ná de tweede telefonische melding van de huisarts binnen één week tijd, een zelfstandige beoordeling ... door de arts (bedoeld is: de psychiater), althans door een andere psychiater had moeten plaatsvinden. Dat klemt temeer nu de arts (bedoeld is: de psychiater) op ... door de SPV van de actuele situatie (last van suïcidale ideaties) op de hoogte is gesteld. De arts heeft dus ten onrechte het gesprek op ... overgelaten aan de SPV en nagelaten de patiënt uiterlijk na de tweede melding van de huisarts ... zelf te zien en te beoordelen' (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 22 juli 2010, GJ 2010/114).

Het lijkt er dus op dat de zelfstandige beslissingsruimte van de verpleegkundige bij het inschatten van suïcidegevaar en 'management' van de suïcidale patiënt snel en sterk afneemt (en het vereiste van directe betrokkenheid van de psychiater toeneemt) naarmate de zaak acuter en ernstiger wordt, het beeld zich wijzigt, er (door verwijzers of de patiënt en/of familie) gerappelleerd wordt, kortom: de kans toeneemt dat de psychiater tot eigen, nieuwe bevindingen zou kunnen komen in een persoonlijk onderzoek van de patiënt: 'door op grond van haar eigen ervaring van meer dan twee maanden tevoren het verzoek om opname te beoordelen

als manipulatief heeft zij te weinig rekening gehouden met de mogelijkheid dat de psychische stoornis was verergerd of van karakter was veranderd' (Regionaal Tuchtcollege Den Haag 10 februari 2009, H 023a en 023f). Men bedenke: de (groeierende) verantwoordelijkheid van de psychiater doet niet af aan die van de andere betrokken hulpverleners: in het tuchtrecht draagt elk zijn persoonlijke verantwoordelijkheid en die lijkt dus wel eens te 'dubbelen'. Niet zelden ziet men ter zake van een suïcide zowel de psychiater als de klinisch psycholoog, de psychotherapeut, de gz-psycholoog, de spv en de arts-assistent ter verantwoording geroepen; de andere disciplines zien dus niet de verantwoordelijkheid voor hun eigen handelen afnemen in de mate waarin die van de psychiater toeneemt.

Soortgelijke overwegingen betreffen de verantwoordelijkheidsverdeling tussen psychiater en arts-assistent. Enerzijds: 'Verweerder is als arts-assistent bekwaam en bevoegd tot het zelfstandig verrichten van onderzoek en risico-inschatting. Over de diagnose heeft verweerder ruggespraak gehouden met zijn supervisor, tevens psychiatrische achterwacht, en de behandelend psychiater' (Regionaal Tuchtcollege College voor de Gezondheidszorg, Groningen, 18 december 2008, G2008/20 resp. /21 en /02).

Maar anderzijds, in een geval waarin iemand als arts-assistent optrad: 'de arts (bedoeld is: de psychiater) had geen beoordeling 'op afstand' mogen geven, zonder I zelf te zien. Hij had ... zijn beslissing niet mogen baseren op de bevindingen van R die – naar ter zitting is vastgesteld – op ... zelfs niet als arts was geregistreerd. De arts (bedoeld is: de psychiater) had de gemelde bevindingen zelfstandig moeten controleren' (Regionaal Tuchtcollege Den Haag, 10 februari 2009, 2007 H 023a en 023f).

De genoemde zaken betreffen de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling tussen enerzijds de psychiater en anderzijds de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (spv) en de basisarts (arts-assistent). Naar verwachting zal de redeneertrant van het tuchtcollege niet anders zijn wanneer het de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling betreft tussen enerzijds een andere specialist dan de psychiater, en anderzijds de andere beroepen. In dit verband is het wezenlijk te vermelden dat een tuchtcollege voor de beoordeling van de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling zich (mede) zal laten leiden door een professioneel statuut of vergelijkbaar document.

Twee kwesties spelen in de (tucht-) rechtspraak nog een belangrijke rol. Ten eerste: ook bij suïcide of suïcidegevaar wordt toenemend een eigenstandig belang c.q. het recht van de familie erkend dat de zorgplicht van de hulpverlener raakt: 'Als goed hulpverlener jegens de naaste betrekkingen van patiënte (ex artikel 47 lid 1 sub 3 BIG) diende verweerder daarom ook klager (met zijn gezin) te informeren [...]' (Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 24 maart 2009, GJ 2009 nr 70). Het ging hier om een vrouw met ibs opgenomen na een zeer ernstige suïcidepoging, met wie maar zeer

bepaalde samenwerking te bewerkstelligen was en bij wie de ibr's tot slot werd opgeheven, waarna zij zich alsnog suïcideerde.

Een tweede kwestie die in de (tucht-) rechtspraak een belangrijke rol speelt, is de volgende. Bij het tuchtrecht staat men door het volstrekt individuele karakter van het tuchtproces soms voor de onmogelijke opgave recht te doen in situaties van ketenzorg (of veelal juist het ontbreken daarvan) waarin evident ontoereikend is gehandeld, maar het unfair zou zijn daarvoor één hulpverlener in het bijzonder als schuldige aan te wijzen en een maatregel op te leggen. Altijd staat een individuele, met name genoemde hulpverlener terecht, nooit een team of een bestuursraad. Bijvoorbeeld Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 9 december 2008, 2008/054: 'Het college acht het verwijt dat de arts op dit punt kan worden gemaakt van gering gewicht, nu van haar redelijkerwijs niet kon worden verwacht dat zij .... voorzag dat hij zo tussen wal en schip zou geraken.'

Het feit dat dit soort gebrekkige samenwerking tussen (zelfstandig bevoegde) disciplines en verschillende instellingen of teams in de ggz frequent voorkomt, alsmede dat beslissingen soms een onhelder en onpersoonlijk gezag dragen ('het team heeft besloten...') sluit niet een hardere tuchtrechtelijke toets uit, zoals opgelegd aan gynaecologen die in hun maatschap een gebrek aan onderlinge samenwerking combineerden met een verantwoordelijkheidsverdeling die onhelder was: 'Wanneer een maatschap van artsen ... de praktijkvoering inricht op de hiervoor omschreven wijze, waarbij niet één arts als (hoofd-) behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid voor de patiënt, maar de verantwoordelijkheid voor een patiënt in feite collectief wordt gedragen middels het van dag tot dag wisselend zien en de gezamenlijke ochtendbesprekingen, is iedere arts binnen die maatschap in beginsel verantwoordelijk voor die wijze van praktijkvoering en daarmee voor het ten aanzien van een patiënt ... gevoerde beleid' (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 4 maart 2004, 2002/227). Voor de opvattingen van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg over taken en verantwoordelijkheden van die '(hoofd-) behandelaar' wordt verwezen naar Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 1 april 2008, 2007/037, voorts mc 2008, 63 nr 17 p. 726 e.v.), en de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (KNMG et al., van 26 januari 2010).

Samengevat: het draait bij de verantwoordelijkheid van de hulpverlener bij suïcidegevaar hoofdzakelijk om (1) het respecteren van de veiligheidsnorm (mogelijk begrensd door de afweerrechten van de patiënt), (2) de zorgvuldigheid waarmee de belangen van patiënt en naaste betrekkingen gewogen worden, (3) de inzet van de juiste bekwaamheid en discipline voor diagnostisch onderzoek en indicatiestelling naarmate de complexiteit en de ernst van het beeld groter worden of moeilijker in te schatten (uiteindelijk de

psychiater of een andere specialist zelf die onder omstandigheden beslist of hij of zij de patiënt zelf moet spreken en onderzoeken en beleid moet vaststellen), en (4) de kwaliteit van de regie en de samenwerking tussen hulpverleners.

## **10 Aanwijzingen voor de praktijk vanuit juridisch kader**

In deze slotparagraaf vatten wij dit hoofdstuk samen in een aantal praktische handelingen en overwegingen. Tussen haakjes vindt u de wetten of regelingen die van toepassing zijn.

### *Regelen*

U regelt de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling in geval van de beoordeling van de suïcidaliteit in een professioneel statuut of vergelijkbaar document (Wet BIG, tuchtrecht, professioneel statuut)

### *Grondrechten*

U realiseert zich dat er spanning bestaat tussen de artikelen in de grondwet die de autonomie en zelfbeschikking van de patiënt beschermen (artikel 10, 11, 15) en de sociale artikelen die meer verplichting tot zorg bepalen (artikel 22). Hierdoor treedt een dilemma op dat u niet kunt oplossen met wettelijke regels.

### *Voorkómen*

U zorgt voor behandelbeleid en een behandelaanbod dat voorziet in preventieve maatregelen en continuïteit van zorg. (Boel et al., 2007; vws, 2008). U bent goed op de hoogte van de richtlijnen van uw instelling en uw beroepsvereniging (WGBO, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet BIG, professioneel statuut).

### *Herkennen*

U maakt contact met de patiënt door regelmatig de suïcidaliteit te beoordelen. U kunt dat vastleggen in een crisis- of signaleringsplan. U of uw instelling regelt welke professionals het onderzoek van suïcidaal gedrag kunnen doen en legt vast in welke situatie welke professional daarbij betrokken wordt. Zo wordt duidelijk wie in welke situatie wat doet. (Professioneel statuut, Wet BIG.)

**Beoordelen**

Suïcidaliteit is een dubbelbegrip. U dient bij uw onafhankelijke beoordeling een keuze te maken of de suicidaliteit een onderdeel is van de stoornis, of gevaar vanuit de stoornis. U laat zich leiden door de *Richtlijn besluitvorming dwang* (Wet Bopz).

**Informereren**

U gaat altijd systematisch na welke relevante anderen u inlicht: huisarts, crisisdienst, supervisor, familie/naasten. U weet dat daarbij een conflict van plichten kan optreden tussen geheimhoudingsplicht en (morele) informatieplicht (WGBO, Wet Bopz).

**Behandelen**

U weegt de voor- en nadelen af van een ambulante of een klinische behandeling. U bent u bewust van de groeiende verantwoordelijkheid van de psychiater naarmate de psychiatrische problematiek ernstiger en complexer is en opname wordt overwogen. U handelt steeds als goed hulpverlener (WGBO).

**Documenteren**

U legt alle relevante afwegingen en beslissingen zorgvuldig vast in het dossier. Dit geldt in het bijzonder wanneer u afwijkt van een richtlijn. Voor de klachtencommissie of tuchtrechter is relevant wat u opgeschreven hebt: minder doet het ertoe wat u gedacht of gezegd hebt (Wklcz, Wet BIG, WGBO).

**Ontslag**

De eerste periode na een klinische opname is kwetsbaar. U regelt een goede continuïteit van zorg, in het bijzonder bij een gedwongen ontslag (Kwaliteitswet zorginstellingen, *Kwaliteitsdocument Keten zorg bij suicidaliteit*: Hermens et al., 2010).

**Nazorg**

U overlegt met ketenpartners en legt in het dossier vast wie de regie en de verantwoordelijkheid heeft voor (onderdelen van) de behandeling en voor welke termijn dat geldt (*Kwaliteitsdocument Keten zorg bij suicidaliteit*: Hermens et al., 2010).

**Hulp bij zelfdoding**

U toetst een verzoek van de patiënt tot hulp bij zelfdoding en uw handelen aan de richtlijn *Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding* door patiënten met een psychiatrische stoornis (Tholen et al., 2009).

## Literatuur

- APA. (2003). *Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Achilles, R.A. (2006). Hoofdstuk 13. In R.A. Achilles, R.J. Beerthuis, & W.M. van Ewijk (Red.), *Handboek spoedeisende psychiatrie*. Amsterdam: Benecke.
- Boel, M., Blekman J., Jong, S. de, Ruiten, M., & Voordouw, I. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit: Beleidsadvies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Crul, B.V.M., & Legemaate, J. (2008). Meldingen aan de inspectie toch openbaar. *Medisch Contact*, 3, 122-124.
- Dijkers, W., & Widdershoven, T.P. (2008). *Teksten wet Bopz*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Dute, J.C.J. (2007). Huisarts; beroepsgeheim; weigering inzage in medisch dossier door nabestaanden: verschaffen van inzage op straffe van een dwangsom wegens zeer uitzonderlijke omstandigheden. *Rb Utrecht*, 2007/3, pp. 542-548).
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., Beijaert, E., & Hondius, A. (2011). Wijziging meldingsprocedure suïcides aan IGZ: Een reactie. *Journaal GGZ en Recht*, 7, 42-48.
- Gerzon, R. Ph., Dijk, K. van, Frederiks, B.J.M., Janssen, AJGM, Jonkers, A., & Stikker, T.E. (2007). *Vraagbaak psychiatrie en recht*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Hendriks, A.C., Frederiks, B.J.M., & Verkerk, M.A. (2008). Het recht op autonomie in samenhang met goede zorg bezien *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 32, 2-18.
- Hermens, M., Wetten, H. van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Keten-zorg bij suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Huisman, A. (2010). *Learning from suicides: Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit..
- IGZ. (2000). *Gevaar in de wet Bopz*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- IGZ. (2010). *Leidraad meldingen IGZ Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, maart 2010.
- KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. (2010). *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht: KNMG.
- KNMG. (2010). *Richtlijn omgaan met medische gegevens*. Utrecht: KNMG, januari 2010.
- Minister van VWS. (2008). Beleidsadvies verminderen van suïcidaliteit: Standpunt van de Minister van VWS [Kenmerk CZ/CGG-2843047]. Den Haag: Ministerie van VWS, 26 juni 2008.

- Stichting HKZ. (2009). *Certificatieschema instellingen voor de GGZ, versie 2009*. Utrecht: Stichting HKZ.
- Tilburg, W. van, Veldhuizen, J.R. van, Beijaert, E.W., e.a. (NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang). (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W.A., Polak, F., e.a. (NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding). (2009). *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Zanden, M.C.G. van der. (2010). Verandering meldingsprocedure van suicides aan de Inspectie voor de gezondheidszorg. *Journal GGZ en Recht*, 6, 96-98.
- Zuijderhoudt, R.H. (2004). *Praktijkreeks Bopz deel 8: Stoornis en de Bopz*. Den Haag: Sdu.
- Zuijderhoudt, R.H. (2010). Voorwoord. *Journal GGZ en Recht*, 6, 94-96.

## Jurisprudentie

### Afkortingen

BJ	<i>Bopz Jurisprudentie (bron)</i>
CTG	Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
HR	Hoge Raad
LJN	Landelijk Jurisprudentie Nummer
MC	Medisch Contact
m nt	met noot van
NJ	<i>Nederlandse Jurisprudentie (bron)</i>
Rb	Rechtbank
RTC	Regionaal Tuchtcollege

### Literatuur jurisprudentie

- EHRM 3 april 2001, BJ 2001 nr 52, m nt J Dute.
- HR 14 december 1976, NJ 1977, 174.
- LJN: BB9778, Voorzieningenrechter Rechtbank Dordrecht, AWB 07/963, december 2007.
- Rb Breda 20 juli 2009 en 14 januari 2010, BJ 2010 nrs 30 en 31 m nt R Zuijderhoudt.
- Rb 's-Hertogenbosch 31 maart 2010, 208929 / FA RK 10-1510, BJ 2010 m nt R Zuijderhoudt.
- Rb Breda, 20 augustus 2002, BJ 2002 nr 49 m nt A Blok.
- HR 16 juni 2000, BJ 2000 nr 54, m nt R Zuijderhoudt CTG 8 november 2001, BJ 2002 nr 32 m nt R Zuijderhoudt.
- RTC Amsterdam, 5 augustus 2008, 07/165).
- RTC Den Haag, 10 februari 2009, 2007 H 089a en 089b RTC Eindhoven, 17 augustus 2009, 2008 59b CTG 22 juli 2010, GJ 2010/114.

**316** Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

RTC Den Haag 10 februari 2009, H 023a en 023f.

RTC Groningen, 18 december 2008, G2008/20 resp /21 en /02.

RTC Amsterdam 24 maart 2009, GJ 2009 nr 70.

CTG 9 december 2008, 2008 / 054.

CTG 4 maart 2004, 2002/227.

CTG 1 april 2008, 2007/037.

MC 2008, 63 nr 17 p. 726 e v.



---

# **Bijlage 1**

## **Samenstelling werk- en klankbordgroep en focusgroepen**

### **Werkgroep**

- Dr. C. van Boven, Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Dr. M.H. de Groot, onafhankelijk deskundige.
- Prof. dr. A.M. van Hemert, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Prof. dr. J.W. Hummelen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Dr. J. de Keijser, Nederlands Instituut van Psychologen.
- Prof. dr. A.J.F.M. Kerhof, Nederlands Instituut van Psychologen.
- Dr. P.L.B.J. Lucassen, Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Drs. J.W. Meerdinkveldboom, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Drs. B. Stringer, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.
- Drs. M. Steendam, Nederlands Instituut van Psychologen.
- Drs. A.A. Verlinde, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Dr. B. Verwey, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

### **Klankbordgroep**

De klankbordgroep was samengesteld uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties.

- Geneesheren-directeuren in de ggz.
- Ivonne van de Ven stichting.
- Landelijk platform GGZ.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).
- Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV).
- Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE).
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK).
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP).
- Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende hulp Artsen (NVSHA).
- Stichting Ex6.
- Stichting 113online.

- Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ).
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

#### **Focusgroepen**

Als onderdeel van de klankbordgroep fungeerden twee focusgroepen: de focusgroep verpleegkundigen en de focusgroep patiëntenparticipatie.

#### **Auteurs van bijlage 5, Gezondheidszorgwetgeving**

De bijlage over gezondheidszorgwetgeving is geschreven door de volgende auteurs.

- Dr. C.M.T. Gijsbers van Wijk.
- Dr. A.J.K. Hondius.
- Drs. A.J.M.P. Rutgers.

---

# Inhoud

## *Voorwoord*

## *Samenvatting*

- 1 Inleiding — 11
  - 2 Visie op suïcidaal gedrag — 12
  - 3 Algemene principes bij diagnostiek en behandeling — 15
  - 4 Het diagnostische proces — 18
  - 5 Schema voor behandeling — 24
  - 6 Professioneel handelen na een suïcide — 26
  - 7 Aanbevelingen voor spoedeisende hulp (SEH) en huisarts — 28
  - 8 Wet- en regelgeving in de praktijk — 30
- Literatuur — 34

## DEEL 1 ALGEMEEN

### *Hoofdstuk 1 Inleiding*

- 1 Inleiding — 37
  - 2 Doelstelling en doelgroep — 38
  - 3 Afbakening — 39
  - 4 Werkwijze — 41
  - 5 Leeswijzer — 43
- Literatuur — 44

### *Hoofdstuk 2 Visie op suïcidaal gedrag*

- 1 Inleiding — 47
  - 2 Definitie — 47
  - 3 Oorzaken — 49
  - 4 Herkennen van suïcidaal gedrag — 51
  - 5 Diagnostisch doel — 52
  - 6 Wilsbekwaamheid en diagnostiek — 53
  - 7 Behandeling — 55
  - 8 Risicoschatting — 57
- Literatuur — 58

---

*Hoofdstuk 3 Algemene principes bij diagnostiek en behandeling*

- 1 Inleiding — 61
- 2 Contact maken — 62
- 3 Zorg voor veiligheid — 65
- 4 Omgaan met naasten — 70
- 5 Continuïteit van zorg — 71
- Literatuur — 74

DEEL 2 DIAGNOSTIEK

*Hoofdstuk 4 Het diagnostische proces*

- 1 Inleiding — 79
- 2 Specifieke personen en situaties — 79
- 3 Professioneel vragen naar suïcidaal gedrag — 84
- 4 Vragenlijsten en observatie-instrumenten — 85
- 5 Aspectieve observeerbare factoren — 86
- 6 Risico op uitlokken suïcidaal gedrag — 88
- 7 Herhaalfrequentie — 89
- 8 Onderzoek bij intoxicatie — 90

*Hoofdstuk 5 Stress- en kwetsbaarheidsfactoren*

- 1 Inleiding — 93
- 2 Kwetsbaarheidsfactoren — 93
- 3 Stressoren — 105
- 4 Structuurdiagnose, prognose en behandelplan — 120

*Hoofdstuk 6 Diagnostiek bij specifieke groepen*

- 1 Inleiding — 125
- 2 Extra onderzoek voor specifieke groepen en omstandigheden — 125
- 3 Jongeren — 125
- 4 Ouderen — 134
- 5 Immigranten — 140
- 6 Herhaald suïcidaal gedrag — 143

*Literatuur bij deel 2*

- Wetenschappelijke onderbouwing — 147
- Niet verwerkt in wetenschappelijke onderbouwing — 155

---

DEEL 3 BEHANDELING

*Hoofdstuk 7 Eerste interventies*

- 1 Inleiding — 171
- 2 Somatische, psychiatrische en psychosociale interventies — 169
- 3 WGBO en Wet Bopz — 176
- 4 Therapietrouw — 179
- 5 Non-suicidecontract — 181
- 6 Signalerings- of veiligheidsplan — 184

*Hoofdstuk 8 Behandeling op langere termijn*

- 1 Inleiding — 187
- 2 Medicamenteuze en biologische interventies — 187
- 3 Probleemoplossingsbenaderingen en cognitieve gedragstherapie — 194
- 4 Stress-kwetsbaarheidsfactoren — 197
- 5 Verpleegkundige interventies en methodieken — 205
- 6 Chronisch suïcidaal gedrag — 208

*Hoofdstuk 9 Behandeling van specifieke groepen*

- 1 Inleiding — 213
- 2 Jongeren — 213
- 3 Ouderen — 219

*Literatuur bij deel 3*

- Wetenschappelijke onderbouwing — 225
- Niet verwerkt in wetenschappelijk onderbouwing — 233
- Literatuur uit inleidingen en overige overwegingen — 234
- Richtlijnen — 235

DEEL 4 NA EEN OVERLIJDEN DOOR SUÏCIDE

*Hoofdstuk 10 Professioneel handelen na een suïcide*

- 1 Inleiding — 239
- 2 Direct na een suïcide — 239
- 3 Opvang van nabestaanden — 242
- 4 Risicoschatting van problemen in verliesverwerking — 245
- 5 De professional als nabestaande — 247
- 6 Melden aan Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) — 247
- Literatuur — 248

---

## BIJLAGEN

Bijlage 1 Samenstelling werk- en klankbordgroep en focusgroepen	— 253
Bijlage 2 Overzicht van de aanbevelingen	— 255
Bijlage 3 Aanbevelingen voor spoedeisende hulp (SEH) en huisarts	— 273
Bijlage 4 Onderzoek en indicatiestelling	— 281
Bijlage 5 Gezondheidszorgwetgeving	— 295
Bijlage 6 Implementatie van deze richtlijn	— 317
Bijlage 7 Bewijsniveaus	— 321
Bijlage 8 Bewijstabellen diagnostiek	— 323
Bijlage 9 Bewijstabellen behandeling	— 379