

Een behandelstrategie

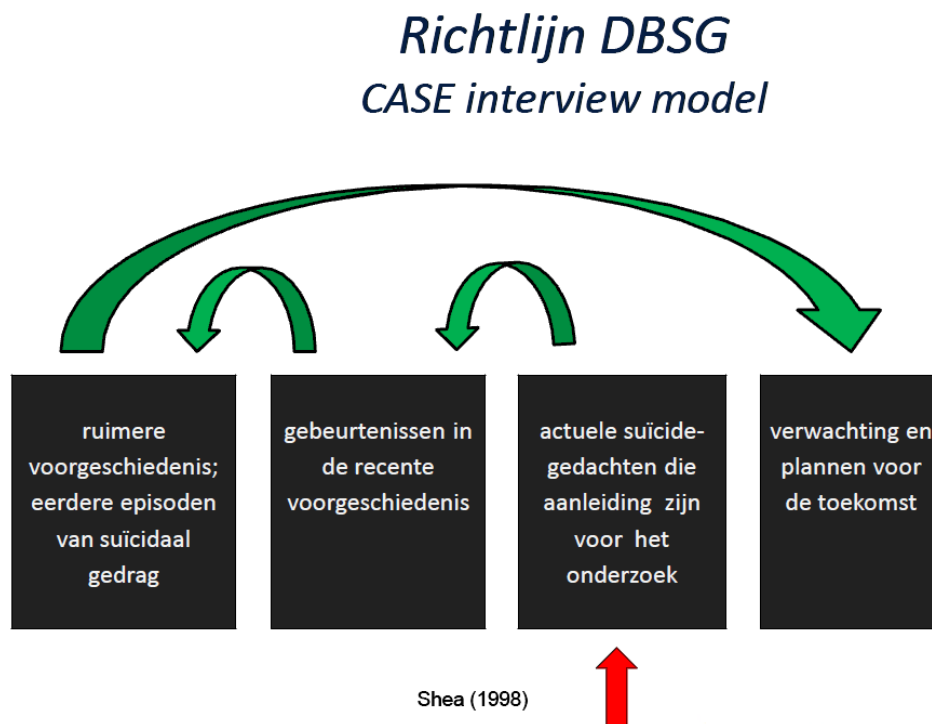
Maak contact en bied continuïteit

Neem de oudere 'doodserieus', geef erkenning, en maak de wanhoop bespreekbaar. Beoordeel de contactmogelijkheid met de oudere.

De dood bespreken

Probeer te achterhalen waarom iemand dood wil. Wat is de aanleiding? Zijn er specifieke redenen? Ga niet direct 'redden', maar luister goed. Vraag door, totdat begrip ontstaat voor de situatie van de oudere. Pas dan neem je de oudere serieus.

Het CASE interview model kan hierbij ondersteunend zijn (Zie de [richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal gedrag](#) en de PowerPoint presentatie: [Het levenseinde, een doodgezwegen onderwerp?](#) NKOP symposium).



'Kwaliteit van leven' inventariseren

De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) heeft 6 domeinen van kwaliteit van leven omschreven, die voor iedereen op deze wereld gelden. Het inventariseren van deze domeinen geeft inzicht in hoe iemand zijn kwaliteit van leven ervaart en biedt wellicht aanknopingspunten voor verbetering. De 6 domeinen zijn: lichamelijk welbevinden; psychisch welbevinden; mate van controle; sociale inbedding; omgeving en zingeving. De folder: [Is alles besproken?](#), opgesteld door de commissie Ethiek van het NUZO, onder voorzitterschap van drs. Lia Verlinde, kan een helpende hand bieden bij het bespreken van de domeinen van kwaliteit van leven.

Autonomie respecteren

Het is van belang om te beoordelen of iemand wilsbekwaam is of niet. Daarnaast is het ook van belang om te bekijken hoe iemands controle weer vergroot kan worden. Bij suïcidaliteit heeft de hulpverlening soms de neiging iemands bewegingsruimte te beperken, terwijl het hebben van controle en verantwoordelijkheid essentieel is voor de toekomst. Luisteren, met wensen rekening houden en zo veel mogelijk controle laten, is dan het devies.

Het systeem betrekken

Suïcidaliteit begeleiden zonder het systeem te betrekken, is later niet uit te leggen aan naasten. Ook al wilde de betrokken oudere dit zelf niet. In de richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal gedrag wordt dit uitdrukkelijk gesteld.

Indien een oudere wenst dat de naasten niet betrokken worden, is dit één van de uitzonderingen, waarbij op basis van kennis en richtlijnen van de wens van de oudere afgeweken dient te worden. In geval van hulp bij zelfdoding en in de bijbehorende richtlijn, wordt eveneens gesteld dat het systeem betrokken moet worden. Naasten kunnen aanvullende informatie leveren en hebben er behoefte aan voorgelicht te worden over mogelijkheden en onmogelijkheden van de hulpverlening. Bespreken dat niet iedere suïcide voorkomen kan worden en niet ieder euthanasie verzoek gehonoreerd, wekt geen irreële verwachtingen en geeft ruimte voor goede hulpverlening.

Een concreet plan maken

Behandeling en begeleiding van suïcidaal gedrag is een langerdurend traject. Het zorgvuldig begeleiden van een euthanasieverzoek kost gemiddeld drie tot zes maanden. Hoewel suïcidaliteit niet standaard overgaat in een doodswens en een doodswens niet gepaard gaat met suïcidaliteit of overgaat in suïcidaliteit, blijft soms na de behandeling van een depressie met suïcidaliteit nog een doodswens over. In het plan dient met verschillend verloop en meerdere mogelijke uitkomsten rekening gehouden te worden, tegelijkertijd moet er een duidelijke koers uitgezet worden. Het plan maakt voor iedereen duidelijk wat er gedaan wordt de komende tijd en wanneer geëvalueerd gaat worden. Het maakt mogelijk dat er in de tussenliggende periode een stabiele koers aangehouden kan worden.

Evalueren

Bij een goed plan hoort regelmatig evalueren, met iedereen die betrokken is, uiteraard ook de oudere zelf! Vervolgens kan het plan worden aangepast voor de volgende periode.

Samenwerken

Iedereen die met ouderen werkt kan met doodswensen van ouderen te maken krijgen. Iedere discipline moet er dan ook mee om kunnen gaan. Niet doodswijgen, maar bespreekbaar maken. Verzorgenden, verpleging, psychologen en artsen kunnen een rol hebben in het begeleiden van een oudere met doodswens of suïcidaliteit. De hulp en begeleiding op elkaar afstemmen is essentieel. De oudere is niet gebaat bij verschillende adviezen en benaderingen.

Belang van een visie

Bij de behandeling en begeleiding is het belangrijk om een persoonlijke visie te hebben. Hoe kijk je zelf tegen de dood aan, speelt jouw levensovertuiging hierin een rol? Ben je in staat en bereid iemand te begeleiden bij een zoektocht naar hoe hij zij dood wil gaan? Of vind je dat iedereen moet doorleven tot een natuurlijke dood? Wat wil/kun je dan wel doen? Wanneer draag je over aan een collega? Ken je de visie van je collega? Is er beleid binnen je instelling? Bij wie kun je te rade gaan of in overleg advies halen of een second opinion?

Omgaan met de dood is lastig, er over praten met elkaar is van belang. Beleid formuleren binnen een instelling is noodzakelijk, zonder beleid staan hulpverleners meer alleen en worden patiënten lang niet altijd gehoord. De [Steungroep Psychiaters](#) is beschikbaar voor collega's om mee te denken bij vragen over euthanasie in de psychiatrie.