

## AUTONOMIE EN DE PSYCHIATRISCHE PATIËNT (2008)

*Indien een persoon een –absoluut- recht op zelfbeschikking heeft, impliceert dat dat hij zichzelf ook kan beschadigen. Autodestructief gedrag waartoe ook zelfdoding behoort, vloeit dan voort uit dat recht.*

*Moet iemand tegen zichzelf worden beschermd, indien die persoon geen gevaar is voor anderen? De psychiatrie weet raad...*

“Hulpverleners zitten met een dilemma wanneer de patiënt geen toestemming geeft om contact met [het natuurlijk netwerk] op te nemen. De privacywetgeving gebiedt de autonome wens van de patiënt te respecteren. Een hulpverlener kan er echter van overtuigd zijn dat het van levensbelang is voor de patiënt om toch contact te krijgen met betrokkenen. Hier conflicteren twee wetten: de wet op de privacy die gebiedt te zwijgen, en de WGBO [Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst] die gebiedt, als goed hulpverlener, te spreken. Voor deze situatie hanteren we de volgende richtlijnen: - Als de patiënt geen toestemming geeft en er is géén acute zorg dat de patiënt zichzelf iets aandoet, wordt een aantal gesprekken uitgetrokken om de patiënt te motiveren het systeem alsnog uit te nodigen; - Als de patiënt geen toestemming geeft en er weliswaar geen direct gevaar is, maar wel grote zorg omtrent (gezondheid of functioneren van) de patiënt, wordt het systeem uitgenodigd. Kortom, de privacy en de autonomie worden gerespecteerd zolang de patiënt in staat is duidelijk te maken dat hij de eventuele ernst en zorgelijkheid van de situatie onderkent en van zins is een plan te maken dat de zorg kan verminderen. (...) De vuistregel luidt dus: goed hulpverlenerschap gaat boven de privacywetgeving en het recht op autonomie. Het is echter goed te bedenken dat hulpverleners zich hier op glad eis begeven. Mocht de patiënt toch onverhoopt een klacht wegens schending van privacy en autonomie indienen, dan is er geen wetsartikel waar het handelen zonder meer mee gerechtvaardigd kan worden. Het handelen moet dan voor een tuchtcommissie verantwoord kunnen worden.” Aldus systeemtherapeuten Van Oenen en Bernardt en psychiaters Van Dam en Van der Post in ‘Handboek Suïcidaal gedrag’ (De Tijdstroom, 2007, p. 223-224). ‘Handboek’ – dat impliceert een breed gedragen opvatting. Mooi dat privacy en autonomie erkend worden, echter, het beroepsego van de behandelaar weegt zwaarder...

Een lang citaat om dit artikel mee te beginnen. Niettemin legt het meteen de wortel bloot: de relatie behandelaar-patiënt is intrinsiek hiërarchisch. Indien een (bijvoorbeeld suïcidaal) persoon het ‘systeem’ geestelijke gezondheidszorg binnenvalt, is er maar één de baas. In hetzelfde Handboek wordt de suïcidale persoon eenduidig getypeerd: “Suïcidaliteit is een verschijnsel dat eerst en vooral wordt verbonden aan psychiatrische stoornissen. Uiteraard zijn ook binnen die categorie mensen ongeneeslijk ziek. Het grote probleem in deze categorie is dat het vooralsnog niet mogelijk is langs objectieve weg vast te stellen welke psychische stoornis ongeneeslijk is, en bij wie dat het geval is.” (Bram Bakker, p. 233) En/of: “Suïcide vindt bijna nooit plaats in afwezigheid van een gediagnosticeerde of diagnosticeerbare psychiatrische aandoening.” (Ad Kerkhof, p. 52).

“Er zijn geen echte zogenoemde pathognostische tekenen, waaraan men duidelijk kan herkennen dat iemand op het punt staat zichzelf te doden en er zijn geen algemeen geldende richtlijnen die leiden tot het uitblijven van suicides”, aldus Wouter van Ewijk in De Gids (maart/april 2000, p. 362). De opvatting van Van Ewijk is dat ‘een inbreuk op het onvervreembare recht op zelfbeschikking’ eigenlijk niet kan en dat suïcide een risico is waarmee geleefd moet worden. En dat is binnen de geestelijke gezondheidszorg alles behalve een gemeenplaats. De ‘argumentatie’ van Bram Bakker: “Indien iemand niet in staat is zich tegen behandeling te verzetten, bijvoorbeeld omdat hij of zij buiten bewustzijn is, wordt er stilzwijgend van uitgegaan dat de betreffende persoon instemt met behandeling. Er wordt dus gereanimeerd, geopereerd of anderszins ingegrepen. Waarom zou er anders worden omgegaan met een suïcidaal iemand?” (Handboek, p. 235). De behandelaar wil voor alles weldoen. En grijpt in om ‘bestwil’.

Is autonomie van toepassing op de ‘patiënt’ of is het slechts een theoretische constructie? Indien autonomie op de helling gaat, is er daadwerkelijk geen sprake van een gelijkwaardige relatie tussen behandelaar en patiënt.

In de bundel “Weldoen op contract – ethiek en psychiatrie” (Van Gorcum, 2000) wordt –onder redactie van psychiater Frank Kortmann en ethicus Govert den Hartogh- onder meer stilgestaan bij het aanbieden van een behandeling op basis van een contract. [Onderstaande citaten komen, tenzij anders vermeld, uit dit boek. De citaten *alleen* doen de vertogen van de diverse auteurs tekort.]

De reeds genoemde WGBO (ingevoerd in 1995) eist dat een behandelovereenkomst aan een behandeling voorafgaat. De patiënt stemt in met de behandeling indien hij op hoogte is gebracht van voor- en nadelen (*informed consent*). “Een behandeling wordt opgevat als een civielrechtelijke dienstverleningsovereenkomst, vergelijkbaar met bijvoorbeeld een arbeidsovereenkomst of koopcontract” (p. 7) en behandelaar en patiënt zijn gelijkwaardige partijen. Samen met de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ, 1994) wordt beoogd de

positie van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt te versterken. “Deze wet bepaalt onder welke omstandigheden een patiënt gedwongen mag worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, welke rechten een patiënt heeft onder de omstandigheid van onvrijwilligheid en wanneer tijdens een gedwongen opname dwangbehandeling mag worden toegepast.” (p. 7) Niettemin wordt de inzetmogelijkheid van de BOPZ verruimd ten gunste van de zgn. bemoeizorg. Stelde de Hoge Raad al eerder dat “suïcidaliteit, automutilatie, gevaarlijke staat van zelfverwaarlozing, gevaar voor het maatschappelijk of sociaal bestaan van de patiënt, gevaar voor zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid van de burens van de patiënt, en het creëren van een chronische explosieve situatie in de sociale omgeving, waardoor verdergaand geweld onafwendbaar lijkt” redenen zijn voor dwangopname (p. 11), op 12 februari jl. ging de Eerste Kamer akkoord met een wijziging en uitbreiding van de BOPZ: ‘In het kort komt het erop neer dat dwangbehandeling mogelijk wordt indien bij uitblijven daarvan de patiënt onaanvaardbaar lang opgenomen zou moeten blijven.’ (bron: [www.pvp.nl](http://www.pvp.nl)) Er wordt dus ingegrepen in de autonomie van de/een patiënt en daarmee komt dat principiële recht in het gedrang. “Dat geldt ook als dit ingrijpen naar het oprechte oordeel van de behandelaar in het belang van de patiënt is.” “Autonomie wisselt per aandoening en is ook in tijd aan verandering onderhevig. Autonomie is dan ook geen vast gegeven dat medisch handelen stabiel kan sturen.” (Frank Koerselman, p. 18, 27) De WGBO schudt daarmee dan toch op haar grondvesten?

Vanwaar dan toch die nadruk op ‘zelfbeschikking’? De insteek is de patiënt te willen zien als een volwaardig persoon en rekening te houden met diens visie op het goede leven. Echter, kan iemand (altijd) over zichzelf ten goede beschikken, of kunnen juist anderen beter zien wat goed is voor die persoon? Kan zorg nuttig of gewenst zijn juist op die momenten dat iemand er blijk van geeft *niet* zelf te kunnen beschikken? Mag iemand zich vergissen of moet iemand daarvan weerhouden worden? “Zowel een narratieve als een procedurele benadering bieden aanknopingspunten om op goede gronden tot de overtuiging te komen dat iemand niet in staat is zijn eigen goed adequaat in te schatten. Het kan dan ook worden geconcludeerd dat het argument “dat mensen zelf het beste weten wat goed voor hen is” in die gevallen waarin mensen zich vergissen in hun eigen goed, geen reden is om hun wensen of keuzes te respecteren.” (Maartje Schermer, p. 67) Het criterium is dan ‘gevaar voor zichzelf (en/of voor anderen)’ – wat dat gevaar dan specifiek is, is mede afhankelijk van de soort persoon, het type patiënt. In deze context kan een ‘narratieve benadering’ een rol spelen: “(...) het subjectief goede meer biografisch interpreteren en de vraag of iemand in staat is tot taxatie van zijn subjectieve goed te begrijpen als de vraag of we iemand betrouwbaar achten als ‘schrijver’ van zijn eigen levensverhaal. Het idee is dat de keuzes die iemand maakt het beste begrepen kunnen worden in de context van zijn of haar levensverhaal.” (Theo van Willigenburg, p. 109-110) Maar, is zo’n levensverhaal strikt lineair of is een radicale verandering daarin zeer wel mogelijk *zonder* die pathologisch te moeten gaan duiden? En dan is er ook nog eens een verschil in de wijze waarop iemand zich naar buiten toe gedraagt (en gezien wordt) en hoe hij zijn leven zelf verwoordt (‘impliciete biografie’). “Het verhaal dat iemand van zijn leven vertelt kan discrepanties vertonen met het verhaal dat dit leven zelf vertelt.” (p. 113). Wat is in deze context de waarde van het begrip ‘zelfbeschikking’? “Het zelfbeschikkingsrecht functioneert als rem op de neiging van hulpverleners om het welzijn van mensen boven alles te plaatsen. En op de neiging dat welzijn aan de eigen maatstaven af te meten, in plaats van aan de maatstaven van degene om wie het gaat.” (Schermer, p. 73)

Voor de meeste auteurs in het boek ‘Weldoen op contract’ geldt dat autonomie van de patiënt een gegeven is waar serieus aandacht aan geschonken dient te worden (d.w.z. er moet naar de patiënt geluisterd worden, er moet stilgestaan worden bij de reflectie van de patiënt op zichzelf), maar in het kader van ‘goede’ zorg is zij eenvoudig te *overrulen*. Den Hartogh concludeert: “Linksom of rechtsom wordt over de wil van de patiënt voor zijn bestwil heengewalst. Rechtsom door te stellen dat een beroep op het zelfbeschikkingsrecht niet past in de relatie tussen arts en psychiater [sic. patiënt? – FV], en linksom door te beweren dat de patiënt die dat beroep doet sowieso niet wilsbekwaam is.” (p. 153) Het maakt dan niet uit of het gaat om iemand die ‘vrijwillig’ instemt met een behandeling (WGBO) of om iemand die een dwangbehandeling krijgt vanwege ‘ernstig gevaar’ (BOPZ).

Psychiater Van Dantzig neemt in zijn stuk ‘Autonomie is een illusie’ het meest rigide standpunt in: de persoon die psychiatrische hulp behoeft, is het beste af indien hij gezien wordt als patiënt en niet als een ‘partij in contract’. “De wet zou het begaan van deze weg [opname in een instelling met als doel het lijden te verminderen en/of de stoornis weg te nemen] moeten bevorderen, en niet bemoeilijken. (...) Wanneer men spreekt over autonomie als over zelfbeschikkingsrecht, dat in tegenstelling staat tot de macht die anderen over je willen uitoefenen, dan beschrijft men daarmee de gemeenschap als onderdrukker. Dat is geen toeval: dat was de gangbare opvatting in de linkse kringen van de 60er en 70er jaren, waarin anarchisten en marxisten elkaar de hand reikten, geholpen door hun democratisch recht op vrije meningsuiting dat die onderdrukkende gemeenschap hun gaf. (...) [Het is een gewoonte] van fundamentalistische morele opvattingen (...) om niet naar echte mensen te kijken bij het toepassen van de morele regels.” (p. 59-60)

Dit standpunt staat dan ook in sterk contrast met de visie van “jaren ’60 psychiater” Thomas Szasz.

(Zie ook elders onder PUBLIS)