

IV.5.4 Gedwongen opname

F.L.E. de Wever, F. Hamburg, J.G. van Lier

Op 1 januari 2020 werd de Wet Verplichte GGZ (Wvggz) als vervanging van de BOPZ (Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen) ingevoerd. De BOPZ ging vooral over een regeling wat wel of niet mogelijk was na een gedwongen opname. De Wvggz gaat over de mogelijkheid iemand die zorg behoeft, maar deze niet wil, toch die zorg te kunnen geven. Aanleiding voor deze wet lag in de ontwikkeling van de ambulante zorg (meer nadruk daarop), de stepped-care benadering (begonnen wordt met de behandeling die het minst belastend is), en ook de beddenreductie. De categorie mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten zijn van deze wet uitgesloten. Voor hen is er een aparte wet – de Wet zorg en dwang (Wzd).

Het doel van de Wvggz is het versterken van de rechtspositie van personen met een psychische stoornis aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend. Een tweede doel is het voorkomen van dwang en de duur van de eventuele dwang te beperken. Verplichte zorg kan nu zowel klinisch als ambulant worden verleend. Een derde doel noemt de wet het verhogen van de kwaliteit van de verplichte zorg.

Nieuwe procedurele eisen moeten daarvoor zorgen, in combinatie met de richtlijnen op basis waarvan de verplichte zorg moet worden verleend. 'Zorg op maat' is het motto. Ook de nazorg hoort daartoe. Doel is daarbij dat er gestreefd gaat worden randvoorwaarden te creëren om weer succesvol aan het maatschappelijk leven deel te nemen.

In de Wvggz is uitdrukkelijk vastgelegd dat dwang alleen in uiterste gevallen mag worden toegepast. Om hier vorm aan te geven zijn in de Wvggz algemene uitgangspunten opgenomen waaraan verplichte zorg moet voldoen, zoals proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid. Familie en naasten worden meer betrokken bij de behandeling. De introductie van de familievertrouwenspersoon zorgt ervoor dat de rechtspositie van familie en naasten wordt versterkt.

De Wet BOPZ hanteerde het 'gevaarscriterium' als criterium voor verplichte zorg. De Wvggz hanteert het 'nadeelcriterium', dat wil zeggen dat er sprake moet zijn van een situatie waarbij er voor de patiënt en/of zijn omgeving ernstig nadeel moet zijn ten aanzien van zijn toestand/gedrag.

5.4.1 Gedwongen opname wegen suïcidegevaar of psychose

Veelal schrijft men suïcide toe aan een psychiatrische aandoening of conditie. Suïcide zou echter ook het resultaat kunnen zijn van welbewuste overwegingen ('balansuïcide'). Dit laatste is aanvechtbaar, immers meerdere factoren kunnen iemand in een kwetsbare toestand brengen die de 'welbewustheid' van zijn oordeel compromitteert, zoals een veranderde bewustzijnstoestand als gevolg van stress en emoties..

In uitzonderlijke gevallen kan suïcide ook het gevolg zijn van een neveneffect van psychofarmaca. De verstrekking van een psychofarmacon dient daarom zorgvuldig te geschieden, het liefst door een psychiater. Het voorschrijven van psychofarmaca zonder begeleidende therapie gebeurt overigens ook om psychotische patiënten 'rustig' te krijgen. Een dergelijk handelen is te beschouwen als een vorm van zelfverdediging. Zelfverdediging, evenwel, is geen therapie. Het is alleen maar iets dat aan een behandeling voorafgaat. De behandeling zelf is er niet op gericht om de vrijheid van de patiënt aan banden te leggen, integendeel, ze is er juist om deze te herstellen of te vergroten. Wordt er besloten tot behandeling, dan moet de psychiatrische

stoornis wel behandelbaar zijn.

De vraag rijst of men iemand van suïcide moet afhouden, bijvoorbeeld door middel van een gedwongen opname. Moet men de keuze voor de eigen dood niet overlaten aan de autonomie van het betrokken individu? Wij denken daar als volgt over. Het menselijk leven moet gerespecteerd en verdedigd worden, zowel door betrokkene als door anderen. Dit is een ethische plicht, tenzij de reddingspoging zinloos is of excessief belastend. Ze volgt uit de intrinsieke waarde van het menselijk leven (zie Hoofdstuk I.2.2.1.). De plicht om iemands leven te redden vloeit ook voort uit het socialiteitsprincipe (zie Hoofdstuk I.2.2.5.). Dit principe zegt dat mensen essentieel op elkaar betrokken zijn en daarom ook medemensen moeten helpen om te leven volgens universele waarden en normen. Het laatste wordt in onze cultuur die zich kenmerkt door een radicaal individualisme niet altijd begrepen.

Anderzijds moet men zich er rekenschap van geven dat een gedwongen opname het gevaar impliceert van isolatie en stigmatisering en/of associatie met criminaliteit. Voor de ingeschakelde psychiater staat bij dit alles centraal of iemand psychopathologie vertoont die behandelbaar is; suïcidale uitingen en ideaties vormen daarbij een onderdeel van het beeld op dat moment.

5.4.2 Autonomie versus paternalisme

In de jaren zestig en zeventig ontstond een groeiend verzet tegen gedwongen opnames als gevolg van de autonomiebeweging. Deze was een reactie op het paternalisme van de 19de eeuw. Met paternalisme bedoelt men het 'ongevraagd weldoen.' De psychiater heeft dan de intentie de patiënt wel te doen en handelt daarbij onafhankelijk van de actuele wensen, keuzen, en acties van de patiënt [1: F.A.M. Kortmann. Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie 2000, 42, 319-325.]. Dit paternalisme, kwam ook nog voor in de 20ste eeuw. In zijn uitwassen is het laakbaar. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het schandaal van de Tuskegee Syphilis Study en de periode van de medische overbehandeling in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw (zie Hoofdstuk I.2.2.4.). Nadien zijn de panelen drastisch gekanteld. In plaats van het handelen van de arts om 'bestwil' van de patiënt kwam nu de autonomie van de patiënt centraal te staan, dat wil zeggen: de patiënt kon alleen gedwongen opgenomen worden als aan het 'gevaarcriterium' werd voldaan [2: F.A.M. Kortmann. Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie 2000, 42, 319-325.]. Vanaf 2020 is dit het 'nadeelcriterium' geworden. Dit laatste betekent dat de patiënt alleen tegen zijn wil opgenomen kan worden als er een 'ernstig nadeel bestaat voor zichzelf en/of anderen.

Met het paternalisme verdwenen echter ook gevallen waarin sprake was van weliswaar 'ongevraagd', maar daarom niet minder welkom 'weldoen'. Met het paternalisme verdween voorts ook de brede deugdenmoraal; daarvoor in de plaats kwam een regelmoraal [3: F.A.M. Kortmann. Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie 2000, 42, 319-325.].

Het handen en voeten geven aan de autonomiegedachte kwam uiteindelijk – onbedoeld? – neer op een juridificering van de zorgrelatie. Zorg evolueerde naar 'dienstverlening op afroep.' Dus naar 'geprotocolliseerd werken' binnen een dienstverleningsovereenkomst. Echter, zorg zonder wederzijds vertrouwen is onmogelijk. De patiënt verwacht immers ook dat de arts ongevraagd adviseert, bemoedigt, troost, en lijden verzacht. Dit is ook precies de roeping van de zorgverlener; daaruit haalt hij zijn inspiratie. Wordt deze 'ongevraagde zorg' niet verleend, dan loopt de autonome patiënt het gevaar zorg te kort te komen, namelijk in die gevallen waarin hij

deze niet besteld heeft terwijl hij die toch nodig heeft. Het ongevraagd weldoen, aldus Kortmann (2000) en Van der Zee [4: P. van der Zee. Autonomie van de psychiatrische patiënt. Sociale Psychiatrie 1997, 16, 19-28.], komt dan ook meer overeen met de klinische realiteit dan het beeld van de 'mondige patiënt'. In werkelijkheid, immers, wordt de patiënt niet gekenmerkt door autonomie, maar door kwetsbare afhankelijkheid, het verlangen om geholpen en ondersteund te worden, en de hoop en behoefte zich aan een ander te kunnen toevertrouwen.

De laatste jaren staat het ongenueanceerd 'autonomie denken' steeds meer ter discussie. Er bestaat immers een verschil tussen het recht op zelfbeschikking en de actuele bekwaamheid daartoe. De vraag is inmiddels al gesteld of de mondige patiënt eigenlijk wel bestaat [5: E. Brandt. De mondige patiënt bestaat niet. Medisch Contact 2009, 64, 370-373.].

In de praktijk stuitte de autonomiegedachte, zoals gezegd, op bezwaren [6: P. van der Zee. Autonomie van de psychiatrische patiënt. Sociale Psychiatrie 1997, 16, 19-28.]. In de praktijk bleek namelijk de autonomie van de patiënt, en de daarmee in de psychiatrie gepaard gaande 'outpatient treatment' (mede onder invloed het succes van psychofarmaca en economische bezuinigingen) te leiden tot maatschappelijke overlast en verwaarlozing van patiënten. Ook het gevaarcriterium bleek te beperkend en werd gewijzigd in het nadeelcriterium.

In alle gevallen en onder alle omstandigheden geldt dat medewerkers in de gezondheidszorg met grote zorg de patiënt moeten bejegenen, dat wil zeggen: men dient zoveel mogelijk de waardigheid en integriteit van de patiënt te bewaken. De patiënt moet dus zoveel mogelijk geïnformeerd en overtuigd worden. Verzoorgers moeten dit sowieso al doen, maar bij gedwongen opnamen dragen ze in dit opzicht extra verantwoordelijkheid.

Met moet bij gedwongen opnames waken voor het vervagen van het onderscheid tussen psychiatrie en het penitentiaire systeem, dus voor het door elkaar heen lopen van therapie en straf. Psychiaters zijn dokters en moeten zich met therapie bezighouden en zich distantieëren van straf, die feitelijk neerkomt op een opzettelijke leedtoevoeging. Het goed onderscheiden tussen de gezondheidszorg, die zorg en behandeling biedt, en de rechterlijke macht, die naleving van de wet moet afdwingen, is uiteraard heel moeilijk als iemand een dubbelrol vervult. Mogelijk is hier een taak weggelegd voor een patiëntvertrouwenspersoon en ook een familievertrouwenspersoon.