

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25347>

Please be advised that this information was generated on 2020-09-18 and may be subject to change.

veel frequenter voorkomen dan wij uit klinische waarnemingen kunnen opmaken. Uit andere onderzoeken komt naar voren dat bij 15-20% van de patiënten die overleden aan een infectieuze endocarditis mycotische aneurysma's werden gevonden bij obductie.^{2,3} Opvallend is ook dat een aneurysma later soms niet meer te vinden is, zoals bij patiënt A. Toch blijven mycotische aneurysma's een bedreiging voor een patiënt met een infectieuze endocarditis. Bij patiënt C was bijna besloten met spoed een klepoperatie uit te voeren omdat daarmee de kans op een gunstige afloop het grootst leek, toen hij als gevolg van een grote bloeding uit het mycotische aneurysma in de lever overleed.

Dames en Heren, gezien de ervaringen met mycotische aneurysma's denken wij nu bij alle patiënten met endocarditis en onbegrepen klachten op neurologisch of abdominaal niveau aan deze oorzaak en daarom verrichten wij bij hen een uitvoerig vaatonderzoek. Zo zijn verschillende mycotische aneurysma's ontdekt omdat aan de mogelijkheid werd gedacht. Dat is ook de boodschap van deze les: denk bij alle patiënten met een endocarditis en met onduidelijke symptomen aan de mogelijkheid van een mycotisch aneurysma.

ABSTRACT

Ununderstood disorders in patients with infectious endocarditis. – Infectious endocarditis was diagnosed in four patients, men aged 18, 44, 35 and 22; the bacteria involved were *Streptococcus viridans*, *Eikenella corrodens*, *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus mutans*, respectively. In all patients mycotic aneurysms were observed which had led to seemingly unrelated neurological or abdominal complaints. In one patient an aneurysm of the A. cerebri media resolved in two years, another patient died following fatal bleeding of a ruptured aneurysm in the A. hepatica propria. Mycotic aneurysms may be found in all parts of the body. This complication is often diagnosed too late because it is not considered.

LITERATUUR

- 1 Harris PS, Cobbs CG. Cardiac, cerebral, and vascular complications of infective endocarditis. *Cardiol Clin* 1996;14:437-50.
- 2 Pelletier jr LL, Petersdorf RG. Infective endocarditis: a review of 125 cases from the University of Washington Hospitals, 1963-72. *Medicine (Baltimore)* 1977;56:287-313.
- 3 Snow RM, Cobbs CG. Treatment of complications of infective endocarditis. In: Kaye D, editor. *Infective endocarditis*. Baltimore: University Park Press, 1976:213-27.

Aanvaard op 3 april 1997

Commentaren

De toepassing van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen; balans tussen respect voor autonomie en handelen om bestwil

F.A.M.KORTMANN

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) versterkt de rechtspositie van burgers bij wie een gedwongen opname in de psychiatrie, in de psychogeriatric of in de zorg voor verstandelijk gehandicapten wordt overwogen. Een opname onder dwang is alleen toegestaan indien er ernstig gevaar bestaat voor de patiënt en (of) zijn omgeving, voortkomend uit een geestesziekte (gevaarcriterium) en indien dit gevaar op geen andere manier is af te wenden dan door opname (criterium van ultimum remedium). Indien niet aan deze voorwaarden is voldaan, is opname in de psychiatrie alleen mogelijk indien de betrokkene blijk geeft van de nodige bereidheid daartoe (bereidheidscriterium). In de verstandelijk-gehandicaptenzorg en de psychogeriatric geldt als criterium voor vrijwilligheid dat de betrokkene zich niet verzet tegen opname. Aan gedwongen opgenomen patiënten moet volgens de Wet BOPZ zo spoedig mogelijk een behandelplan worden voorgelegd. Doen zich in de tussentijd noodsituaties

voor, dan mogen bepaalde middelen en maatregelen onder dwang worden toegepast om deze situaties het hoofd te bieden. Dwangbehandeling is niet toegestaan, tenzij noodzakelijk ter afwending van ernstig gevaar. Toepassing van dwang dient altijd te worden gemeld aan de Inspectie voor de Volksgezondheid. De minister van Volksgezondheid dient volgens de wet periodiek aan het parlement te rapporteren 'over de wijze waarop de wet is toegepast'. Met het oog hierop is een evaluatiecommissie ingesteld. Deze bracht in november 1996 een verslag uit.¹ Ze baseerde zich op de uitkomsten van 9 onderzoeksverslagen, diverse vooronderzoeken en een aantal hoorzittingen.

De evaluatiecommissie komt tot de conclusie dat de Wet BOPZ in praktijk nog niet feilloos wordt toegepast. Ten dele schrijft ze dit toe aan een onvoldoende actieve, planmatige opstelling van de overheid en de andere verantwoordelijke instanties bij de invoering van de wet. De commissie constateert een toename van het aantal onvrijwillige opnemingen, maar die trend is reeds onder de Krankzinnigenwet ingezet. De vrees dat de Wet BOPZ een extra impuls zou geven aan het opnemen on-

Academisch Ziekenhuis, afd. Psychiatrie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Prof.dr.F.A.M.Kortmann, psychiater.

der dwang acht de commissie daarmee ontzenuwd. Wel vraagt ze zich af of de invoering van het bereidheidscriterium voor vrijwillige opname in de psychiatrie een verstandige beslissing is geweest. Het recht op zelfbeschikking van psychiatrische patiënten wordt er weliswaar mee versterkt, maar onduidelijk is of de voordelen hiervan voldoende opwegen tegen de nadelen, zoals het minder kunnen bieden van zorg waarop betrokkenen die niet een direct gevaar opleveren ook aanspraak kunnen doen gelden. De commissie constateert ook dat de wettelijke bepalingen aangaande het behandelplan en de rapportage van de toepassing van dwang nog niet altijd goed worden nageleefd. Voor een deel wijt ze dit aan de onvoldoende heldere en moeilijk toegankelijke wetteksten. Ook blijkt de onderlinge verhouding tussen bepalingen uit de Wet BOPZ en bepalingen uit andere nieuwe gezondheidswetten, zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Beginselenwet bij de terbeschikkingstelling, bij veel hulpverleners vragen op te roepen. Het eindoordeel van de commissie luidt evenwel dat de Wet BOPZ reeds nu een belangrijke impuls heeft gegeven aan de versterking van de rechtspositie van psychiatrische patiënten en bewoners van psychogeriatrische instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Bestwil en autonomie. Hulpverlening gaat uit van twee belangrijke ethische principes: (a) het principe van weldoen: mensen dienen elkaar goed te doen en hulpverleners moeten daarom handelen om bestwil van de patiënt; (b) het principe van respect voor autonomie: mensen hebben het vermogen om zelf te beslissen hoe zij willen leven en hun beslissingen daaromtrent dienen gerespecteerd te worden. Patiënten bepalen daarom in principe zelf of, en zo ja, hoe zij behandeld willen worden. Behoudens uitzonderingen is dwang daarbij niet acceptabel.

Bestwil versus autonomie. Een moeilijkheid is dat deze twee ethische principes soms op gespannen voet met elkaar staan. Aan welk principe moet de hulpverlener dan het meeste gewicht geven? In verschillende tijden en verschillende culturen hebben wetgevers daar verschillend over gedacht. In de oorspronkelijke Krankzinnigenwet stond het bestwilbeginsel centraal. De Wet BOPZ gaat vooral uit van de autonomie van de patiënt. Het wetsvoorstel BOPZ kwam tot stand in de jaren zeventig, de tijd van de democratisering van de samenleving en het begin van het iktijdperk. Men ging beseffen dat patiënten soms ernstig leden onder de strenge regimes van de inrichtingen en dat voor een aantal van hen de voordelen van een langdurig en vaak gedwongen verblijf in zo'n inrichting onvoldoende opwegen tegen de nadelen ervan.² Vandaar ontstond de roep van de samenleving om het paternalisme van hulpverleners in te tomen en het zelfbeschikkingsrecht van patiënten te versterken. Daartoe werd de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon opgericht. Een zogenaamde patiëntenvertrouwenspersoon wordt geacht bij conflicten tussen de opgenomen patiënt en zijn of haar hulpverlener inzake behandeling en bejegening onvoorwaardelijk partij te kiezen voor de patiënt. De vertrouwenspersoon

moet de patiënt ondersteunen, ook al kiest de laatste voor zaken die iedereen schadelijk voor hem vindt. De jurist en voormalig directeur van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Van Ginneken wees het bestwilbeginsel bij de toepassing van dwang in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) radicaal af.³ Hij constateerde dat het bestwilbeginsel weliswaar allang door de wetgever en de Hoge Raad was verworpen, maar dat dit in de praktijk nog springlevend was. 'Zelfs rechters zouden netjes praten over "gevaar" en doen alsof het daarom draait, terwijl ze zich in stilte afvragen wat nu het beste is voor de patiënt'. Van Ginneken verzuchtte dat hij geen directe remedie kon bedenken 'voor het euvel dat psychiaters onweerstaanbaar in hun hoofd bezig blijven met het bestwildenken, dat juridisch achterhaald is'.

Het begrip 'gevaar'. De voorkeur van de jaren zeventig voor versterking van het zelfbeschikkingsrecht van patiënten lijkt gedeeltelijk op zijn retour. De maatschappij eist weliswaar respect voor dit recht, maar de tolerantie van de gezondheidszorg voor afwijkend gedrag van psychiatrische patiënten mag niet zo groot worden dat het leidt tot verwaarlozing van deze patiënten en tot maatschappelijke overlast. Als voorbeeld hiervan noem ik het incident dat bekend is geworden als 'het drama van de Vrolijkstraat': een meisje van 12 jaar werd op weg naar school gedood door iemand die bij de Amsterdamse regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) bekend was als een 'zorgwekkende zorgmijder'. De samenleving reageerde verontwaardigd en vond dat de psychiatrie te ver was gegaan in haar respect voor autonomie bij iemand die deze autonomie klaarblijkelijk niet kon hanteren. De Hoge Raad kwam met een soortgelijk geluid. Ze gaf een interpretatie aan het begrip 'gevaar' in de Wet BOPZ waarin ook kenmerken van bestwildenken zitten. Ze verstaat onder gevaar ook: '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'. Mede op verzoek van de minister en de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Sport (WVS) stuurde de Inspectie voor de Gezondheidszorg onlangs aan alle psychiaters een brochure met de dubbelzinnige titel 'Gevaar in de Wet Bopz'. In deze brochure wordt de interpretatie van de Hoge Raad van het begrip 'gevaar' nog eens extra onder de aandacht van de psychiaters gebracht omdat, naar het oordeel van de bewindslieden, aan psychiatrische patiënten soms de juiste zorg wordt onthouden door een te beperkte interpretatie van het gevaarcriterium.

Internationale situatie. Internationaal bestaan er aanzienlijke verschillen in de opvattingen over de toelaatbaarheid van dwang bij opnamen in de psychiatrie. In de afgelopen jaren zijn verschillende landen, zoals de USA, Nederland, Duitsland, België en Israël, overgestapt van het bestwilcriterium naar het gevaarcriterium als rechtvaardigingsgrond voor dwang. Andere landen, zoals

Groot-Brittannië, Frankrijk, India, Japan, Zwitserland en de Scandinavische landen, hebben deze overstap niet gemaakt. Daar kan een psychiatrische patiënt gedwongen worden opgenomen wanneer deze baat heeft bij een behandeling. In sommige van deze landen neigt men er zelfs toe het gevaarcriterium en de rechter buiten de opnameprocedure te houden vanwege de stigmatiserende werking die hiervan kan uitgaan. De beslissing voor een gedwongen opname ligt daar vooral in handen van niet-juristen, zoals de familie en (of) de dokter. Ze wordt soms achteraf getoetst door de rechter.

Ook in de USA is evaluatieonderzoek gedaan naar het effect van de overgang van het bestwil- naar het gevaarcriterium in de wet. Tijdens de jaarlijkse bijeenkomst van de American Psychiatric Association in 1996 rapporteerde Appelbaum hierover.⁴ Hij had 20 onderzoeken bekeken op 3 onderwerpen: (a) veranderingen in het aantal gedwongen opnamen na de overgang, (b) veranderingen in de aard van psychiatrische problemen van gedwongen opgenomen patiënten na de overgang en (c) de aard van de psychiatrische problemen van de patiënten na de overgang die ten onrechte verstoken waren gebleven van psychiatrische zorg. In het eerste jaar na de overgang werd veelal een daling gezien in het aantal gedwongen opnamen. Maar duurden de onderzoeken wat langer, dan kwam het aantal opnamen onder dwang gelijk of zelfs hoger uit dan voor de overgang. In sommige staten van de USA bleef het aantal gedwongen opnamen echter laag gedurende langere tijd. De oorzaak was dan de sterke reductie in het totale aantal beschikbare bedden. In geen enkel onderzoek werd na de overgang enige verandering aangetoond in de aard van de psychiatrische problemen die aanleiding waren voor een gedwongen opname. Onder de nieuwe wetgeving voldeden de patiënten niet in sterkere mate aan het gevaarcriterium dan onder de oude. Tenslotte deed Appelbaum dossieronderzoek naar de aard van psychiatrische problemen van de patiënten die na de overgang niet meer opgenomen werden maar wel psychiatrische hulp nodig hadden, de groep van de 'dying patients with their rights on'. Er bleek een sterke relatie te bestaan tussen de ernst van de psychiatrische symptomen en de aanwezigheid van gevaar. 'Gevaarlijke' patiënten lijken dus ook vaak te lijden aan ernstige psychopathologische stoornissen, maar de aanwezigheid van gevaar had deze groep van ernstig zieke mensen onder de nieuwe wetgeving dus niet over de drempel van een opname heen geholpen. Op grond van zijn evaluatieonderzoek concludeert Appelbaum dat er na invoering van het gevaarcriterium in de wet op de langere termijn toch minder is veranderd in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg in de USA dan was verwacht. Een boek hierover van zijn hand draagt daarom de veelzeggende titel *Almost a revolution*. De oorzaak van het uitblijven van het verwachte effect is, volgens Appelbaum, dat een wet over een bepaald onderwerp niet zelfbekrachtigend werkt, wanneer de wet niet spoort met de morele intuïties over dat onderwerp. Dit laatste zou het geval zijn met betrekking tot de wet aangaande toepassing van dwang in de psychiatrie. Wanneer het evident is dat een

patiënt baat heeft bij psychiatrische zorg, dan blijken rechters, advocaten, medisch personeel en de familie van de patiënt de wet toch om te buigen in de richting van vergroting van de mogelijkheden voor het bieden van deze zorg. Morele overtuigingen blijken het uiteindelijk te winnen van de wet.

Ook in Nederland lijkt een ombuiging in de richting van het bestwildenken op gang te komen. De minister en de inspectie wijzen psychiaters op hun plicht patiënten niet de juiste zorg te onthouden door een te strakke interpretatie van het begrip 'gevaar'. De reeds aangehaalde constatering van Van Ginneken 'dat rechters netjes praten over gevaar en doen alsof het daarom draait, terwijl ze zich in stilte afvragen wat nu het beste is voor de patiënt' wijst ook in die richting. Ik acht de kans daarom klein dat Van Ginneken een remedie kan bedenken voor het 'euvel dat psychiaters onweerstaanbaar in hun hoofd bezig blijven met het bestwildenken, dat juridisch achterhaald is'. Dit betekent niet dat ik terug wil naar het paternalisme van vroeger. Respect voor het recht op zelfbeschikking is een belangrijke voorwaarde voor een goede arts-patiëntrelatie en draagt bij aan de therapietrouw van de patiënt. De Wet BOPZ heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de groei van dit besef bij hulpverleners. Maar in morele dilemma's tussen respect voor autonomie en handelen om bestwil van de patiënt moet de wet een keuze voor het laatste niet in de weg staan. Immers, in zulke morele dilemma's kruipt niet alleen het bloed van hulpverleners waar het juridisch mischien niet gaan kan, maar zelfs dat van rechters.

ABSTRACT

The application of the Act on Compulsory Admission to Psychiatric Hospitals: a balance between respect for people's autonomy and their best interests as patients. – Three years after the implementation of the Dutch Act on Compulsory Admission to Psychiatric Hospitals an evaluation was made. It shows that the law has reinforced the patients' rights to self-determination, but that actual practice is not yet fully according to the law. For the latter the reporters blame the complexity of the law and the inadequate manner in which the law was introduced. An evaluation of the effects of a similar law in the USA puts this issue in a different light. It shows that caregivers and judges do not let the patient's rights to autonomy prevail if this is not in the patient's best interests. The right to self-determination, expected in the sixties and seventies to become a revolution in psychiatry appears to be merely 'a near-revolution'. The moral importance of caring for a psychiatric patient outweighs the respect for his or her right to self-determination.

LITERATUUR

- ¹ Wet Bopz. Evaluatierapport. Publicatiereeks nr 2. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.
- ² Goffman E. Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York: Anchor Books, 1961.
- ³ Ginneken P van. Een zodanig gevaar. NcGv-reeks 93-21. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1993.
- ⁴ Appelbaum PS. *Almost a revolution*. Mental health laws and the limits of change. Oxford: Oxford University Press, 1994.

Aanvaard op 10 juli 1997