

Paternalisme en autonomie in de geestelijke gezondheidszorg

T. R. V. NYS

SAMENVATTING Recent zijn er stemmen opgegaan om meer ruimte te maken voor dwang en paternalisme in de geestelijke gezondheidszorg. Dat standpunt stuit echter op verzet omdat dwang en paternalisme op gespannen voet staan met het recht op autonomie. In dit artikel wordt vanuit een driedelige definitie van paternalisme aangetoond hoe diverse praktijken in de geestelijke gezondheidszorg het paternalistische karakter van de gestelde handelingen proberen te verzachten. Desondanks blijven deze legitimatiestrategieën vatbaar voor antipaternalistische kritiek. Vervolgens komen twee theorieën aan de orde die aantonen dat de autonomie van de hulpverlener ook op het spel staat, en dat bovendien zijn paternalisme voortvloeit uit die autonomie. Uiteindelijk volgt een pleidooi voor een inhoudelijke discussie over waarden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)8, 519-528]

TREFWOORDEN autonomie, competentie, consent, paternalisme

‘De laatste tijd betrap ik mezelf op de (trieste) gedachte dat ik hoop dat mijn zus een misdaad zal begaan. Niet een misdaad waarbij slachtoffers vallen, natuurlijk. Maar wel net genoeg om het etiket opgeplakt te krijgen van ‘overlastgevende junk’. Als overlastgevende junk zou mijn zus volgens de nieuwe regelgeving van minister Donner in aanmerking komen voor acute opname en dwangbehandeling. Maar niet als 37-jarige moeder van 3 kinderen, dakloos, ernstig ondervoed, lijdend aan een dubbele longontsteking, verward en zwaar verslaafd.’

Deze sombere hoop wordt uitgesproken door mevrouw Jongepier in NRC Handelsblad van 19 maart 2004. De reden dat haar zuster niet wordt opgenomen, is dat ze niet kwam opdagen bij de verslavingsarts. Daardoor concludeerde men dat ze niet opgenomen wilde worden. Dat teken van ‘onwil’ bleek voldoende om niet in te grijpen. Jongepier neemt echter geen genoegen met deze opervlakkige en indirecte wilsuiting van haar zus-

ter. Volgens haar vormt die wil nu net het probleem: haar zuster mist de nodige wilskracht (optimisme, langetermijnplanning, enz.) ten gevolge van haar verslaving. Jongepier betreurt dat haar zuster, om geholpen te worden, moet voldoen aan één van de voorwaarden voor gedwongen opname in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), in dit geval ‘acuut gevaar voor derden’. Maar Jongepier wil meer dan een gedwongen opname, ze wil ook dat haar zuster (gedwongen) behandeld zou kunnen worden. Ze hoopt natuurlijk niet echt dat haar zuster een delict zal plegen om vervolgens gecategoriseerd te worden als overlastgevende junk. Ze wil dat allemaal voorkomen. Ze zou willen dat mensen met het oog op hun welzijn opgenomen kunnen worden ook al gaan die opname en behandeling in tegen hun directe wensen. Ze pleit, met andere woorden, voor meer paternalisme in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en hiermee sluit Jongepier aan bij een artikel door Remmers van Veldhuizen, dat een

dag eerder in dezelfde krant verscheen. Ook Van Veldhuizen wil meer ruimte maken voor dwangbehandeling. In het artikel stelt hij dat het concept van *wilsonbekwaamheid* een centrale plaats moet krijgen: 'Daarbij wordt onderzocht of een patiënt in staat is om zijn oordeel over de voorgestelde behandeling te bepalen.' Diegenen die daar niet toe in staat zijn, de *wilsonbekwamen*, mogen dan met meer 'paternalistische bemoeienis' benaderd worden.

Dit pleidooi voor paternalisme blijft echter niet onbeantwoord: 'Het zou volgens hen makkelijker moeten worden gemaakt om zorgmijders met dwangmiddelen te behandelen. Hun paternalisme baart mij ernstig zorgen. (...) Dwang, anders dan overreding of bemoeizorg, is a priori verwerpelijk omdat dwang een ontkenning is van autonomie' (P. Delaere in een lezersbrief, *NRC Handelsblad* 3 juni 2004).

Delaere fluit Van Veldhuizen en Jongepier terug en wijst op een fundamentele spanning tussen autonomie en paternalisme. Dwang is a priori verwerpelijk en daarmee lijkt de discussie meteen muurvast te zitten.

Paternalisme heeft dus een slechte reputatie. Maar wat is paternalisme? Wat maakt het zo discutabel? En verder: Hoe probeert de geestelijke gezondheidszorg daarmee om te gaan? En zijn deze manieren afdoende om de antipaternalistische kritiek te temperen?

PATERNALISME: ALGEMENE DEFINITIE

Gerald Dworkins (2002) driedelige definitie van paternalistisch handelen wordt in de filosofische literatuur vaak als uitgangspunt genomen. Verschillende auteurs hebben verfijningen aangebracht, maar Dworkins standaarddefinitie blijft een waardevol instrument om onze intuïties over paternalisme te toetsen. Deze definitie stelt de volgende drie voorwaarden. 'X gedraagt zich paternalistisch tegenover Y door handeling Z te stellen als: (1) het doen van Z (of het niet doen van Z) de vrijheid of autonomie van Y aantast; (2) X dit doet zonder consent (toestemming) van Y; (3) X dit doet

omdat Z het welzijn van Y zal bevorderen, of op een of andere manier de belangen, preferenties, of waarden van Y ten goede zal komen.'

Deze voorwaarden roepen echter vragen op. Ten eerste lijken er gevallen van paternalisme te bestaan waarbij er geen inbreuk is op iemands vrijheid of autonomie. Zo kan een man de slaappillen van zijn vrouw verstoppen met het oog op haar welzijn zonder dat haar vrijheid daardoor geschaad wordt (ze is zich immers van geen kwaad bewust). Om dit soort gedrag toch als paternalistisch te kunnen bestempelen, moet de eerste voorwaarde geherformuleerd worden. Gert & Culver (1981) stellen bijvoorbeeld dat X in zijn paternalistische handeling een morele regel moet overtreden (bijvoorbeeld door te liegen of informatie achter te houden). David Archard (1990) gaat echter niet akkoord met deze oplossing omdat er geen morele overtreding zou zijn wanneer de man, met hetzelfde doel voor ogen, zijn eigen slaappillen zou verstoppen. Daarom verfijnt Archard de conditie van vrijheidsbeperking door te zeggen dat X enkel de intentie moet hebben om de keuze of mogelijkheid tot keuze van Y te verminderen.

Met betrekking tot punt 2 moet opgemerkt worden dat er zich twee situaties kunnen voordoen: (a) de wilsuïting van de betrokkene gaat in tegen de intenties van de paternalist (bijvoorbeeld een dronken man die zich verzet), of (b) er is helemaal geen wilsuïting (bijvoorbeeld in geval van coma, stupor, bewustzijnsverlies, enz.). De hele discussie rond *wilsonbekwaamheid* is erop gericht duidelijk te maken dat wanneer niet aan voorwaarde 2 voldaan is (doordat een wilsuïting of een echte wilsuïting ontbreekt) de angel uit het paternalistisch gevaar wordt gehaald (zie later).

Voorwaarde 3 doet echter de meeste vragen rijzen. Hoe moet dit 'welzijn' opgevat worden? Is hier sprake van een objectieve vorm van welzijn? In de somatische geneeskunde lijkt dit vaak aanneemelijk. Het is bijvoorbeeld 'objectief' beter om geen blindedarm te hebben dan een appendicitis. Een chirurg zou zich dan paternalistisch gedragen wanneer hij de appendix verwijdert terwijl dat niet de oorspronkelijke of primaire bedoeling van

de operatie is. Of moet het begrip ‘welzijn’ uit de definitie misschien geïnterpreteerd worden vanuit de opvatting die persoon Y erop na houdt? Dit lijkt vreemd omdat voorwaarde 3 dan in conflict komt met voorwaarde 2: als de paternalist mijn opvatting van welzijn deelt dan kan men ervan uitgaan dat ik ook met zijn beslissingen zal instemmen. Streven naar een transparant subject – waarbij de zorgverlener doet wat de patiënt wil – is precies een manier om het paternalisme af te zwakken. Een derde mogelijkheid is dat men ervan uitgaat dat het ‘welzijn’ hier slaat op de opvatting van de paternalist X. Deze interpretatie lijkt de weerstand tegen het paternalisme het beste weer te geven. Iemand grijpt in in het leven van een persoon omdat hij of zij denkt dat dit ‘beter’ is dan wanneer deze persoon op eigen houtje beslissingen zou nemen. Hiermee lijkt de paternalist een opvatting van ‘het goede leven’ op te dringen.

Conditie 1 en 2 pleiten in het nadeel van het paternalisme. Paternalisme is, ten eerste, een beperking van de vrijheid of een overtreding van een morele eis en, ten tweede, het houdt geen rekening met de wensen of verlangens van een persoon, het subject wordt gepasseerd. Voorwaarde 3 zou het paternalisme moeten rechtvaardigen. Het kwaad aangericht door paternalisme moet verantwoord worden door aan te tonen dat het welzijn van de persoon in kwestie bevorderd wordt. De interpretatie van ‘welzijn’ is echter problematisch. Dat een subjectivistische invulling van dit begrip het paternalisme ronduit onbegrijpelijk maakt, wordt hierna geschetst.

PATERNALISME IN DE GGZ

Aangezien de drie voorwaarden van paternalisme ethische vragen oproepen, is het niet verwonderlijk dat het begrip omringd wordt door een aura van pejoratieve connotaties. Men zal daarom niet snel geneigd zijn om het eigen gedrag als ‘paternalistisch’ te bestempelen. Ook in de ggz probeert men de beschuldiging van paternalisme te vermijden door ervoor te zorgen dat minstens één van de voorwaarden onvoldaan blijft.

Beperking van vrijheid en autonomie

Zoals gezegd, gaat paternalisme niet altijd gepaard met dwang. In de algemene gezondheidszorg wordt soms op paternalistische wijze informatie verzwegen, gedeeltelijk achtergehouden of gewijzigd en het lijkt overdreven om in dat verband te spreken over een inbreuk op vrijheid of autonomie. Bij een overlijden, bijvoorbeeld, kan een dokter het niet opportuun vinden om de familieleden mee te delen op welke gruwelijke wijze de betrokkene om het leven is gekomen. Op die manier probeert hij onnodig leed te voorkomen. Dit soort ‘sturend’ paternalisme lijkt op het eerste gezicht minder verwerpelijk dan situaties waarbij er sprake is van dwang. Echter, men kan erop wijzen dat de arts in deze gevallen ‘achter de rug’ van de betrokkenen handelt en daardoor een belangrijke morele regel overtreedt.

Consent

Het belang van consent in de medische ethiek valt nauwelijks te overschatten. In geval van consent kan er, volgens de definitie, geen sprake zijn van paternalisme. Maar soms blijkt de onmiddellijke in- of toestemming van de patiënt te ontbreken. Kan men echter aantonen dat de behandeling in het verlengde ligt van de wensen van de patiënt, dan wordt het gevaar van paternalisme alsnog afgewend. Artsen kunnen proberen hun patiënten te overtuigen (*bemoezorg*), of ze kunnen extra informatie geven, of met de familie gaan praten zodat die de patiënt kunnen laten inzien dat de voorgestelde behandeling ‘goed’ voor hem is. Wanneer men de beslissing uiteindelijk baseert op een wilsuiting van de patiënt zelf, dan is het tijdstip van de wilsuiting belangrijk.

Prior consent Bij prior consent bepaalt de persoon vooraf wat er met hem of haar moet gebeuren op een later tijdstip wanneer hij niet meer zal kunnen beslissen (bijvoorbeeld ‘*living will*’).

Actual consent Bij actual consent geeft de persoon geeft op het tijdstip zelf zijn toestemming (bijvoorbeeld: een dronken chauffeur staat toe dat iemand zijn autosleutels gebruikt om hem veilig thuis te brengen).

Subsequent consent Bij subsequent consent betuigt de persoon zijn goedkeuring of dankbaarheid nadat bepaalde beslissingen zonder of tegen zijn wil genomen zijn (bijvoorbeeld: een persoon is dankbaar tegenover diegenen die hem belet hebben zelfmoord te plegen toen hij depressief was).

Het is duidelijk dat actual consent de voorkeur geniet om een behandeling te rechtvaardigen. Prior consent is enigszins problematisch omdat de mening van de patiënt veranderd kan zijn onder de nieuwe omstandigheden. Iemand kan het vooruitzicht van dementie onaanvaardbaar vinden, maar kan als demente persoon toch de indruk geven erg 'gelukkig' te zijn. Subsequent consent is nog dubieuzer. De behandeling kan immers effect hebben op het gedrag van dankbaarheid (Kasachoff 1994). Door de behandeling kan de patiënt een 'ander mens' worden, waardoor de verwachte toestemming op een later tijdstip geen legitimerende kracht heeft op het moment zelf (bijvoorbeeld: dankbaarheid na brainwashing: is niet hetzelfde als toestemming tot brainwashing). Daar komt nog een extra moeilijkheid bij: hoe kan men er bij voorbaat van uitgaan dat de patiënt ook inderdaad dankbaar zal zijn? Kan en moet men de behandeling terugdraaien wanneer de patiënt ontevreden is?

Bij een tweede categorie van consent probeert men te achterhalen wat de wensen of preferenties van de patiënt zijn zonder dat er ooit expliciete toestemming (of weigering) is geweest van de patiënt zelf (bijvoorbeeld in gevallen van bewustzijnsverlies).

Hypothetical consent Bij hypothetical consent probeert men zich voor te stellen wat de patiënt in deze situatie gewild zou hebben.

Proxy consent Bij proxy consent wordt aan naasten (vrienden of familieleden) of een aangeduide afgevaardigde gevraagd om de belangen van de patiënt te verdedigen.

Hier moet opgemerkt worden dat beide vormen elkaar kunnen overlappen en aanvullen. Aan de naasten wordt gevraagd wat de patiënt gewild zou hebben in deze situatie omdat zij geacht worden beter op de hoogte te zijn van de wensen, preferenties en overtuigingen van de patiënt (omdat ze hem beter kennen) of omdat ze beter in staat zijn om zich te verplaatsen in diens positie. Familieleden of vrienden zullen ook vaak impliciete vormen van prior consent aanvoeren om hun beslissingen te rechtvaardigen ('Hij zei altijd dat hij niet zou willen leven als een plant.'). Deze vormen van consent wijzen erop dat men streeft naar transparantie: men wil weten wat de wil van de patiënt is om vervolgens de behandeling hier op af te stemmen. Maar ook deze vormen van toestemming of goedkeuring blijven problematisch. Het zijn immers slechts benaderingen van wat de patiënt zelf zou willen. De wil van de persoon valt niet met zekerheid te achterhalen. Kunnen naasten beslissen zonder dat hun keuzes paternalistisch (of erger: egoïstisch) gekleurd zijn? En hoe kan men zich baseren op een hypothese die nooit getoetst kan worden?

Als laatste categorie kunnen speciale vormen van prior consent gegeven worden. Zo laat de BOPZ ruimte voor de *rechterlijke machtiging op eigen verzoek*. Meer recentelijk wordt er gesproken over zogenaamde *Odysseuscontracten*. Het gaat hier om gevallen van zelfbinding: de patiënt beslist op een moment van autonomie (zijn gezonde 'ware zelf') dat zijn beslissingen of wilsuïtingen op een later moment van heteronomie niet ingewilligd moeten worden (Varekamp 2002). Op die manier kan dwang op dat later tijdstip gerechtvaardigd worden. Het is dus niet zo dat er op het moment van beslissing geen wilsuïting is. Integendeel, de bedoeling van het contract is om de latere expliciete onwil als oneigenlijk te verklaren waardoor iemand op dat moment gedwongen mag worden. Dit sluit

aan bij de discussie rond wilsonbekwaamheid. Toch lijkt de aanwezigheid van prior consent de gevallen van zelfbinding meer legitimerende kracht te geven dan incompetentieverklaringen door derden.

Incompetentie

Verklaringen van incompetentie, of van wils- of beslissingsonbekwaamheid zijn ongetwijfeld de meest specifieke én controversiële strategieën die in de ggz gebruikt worden om interventie (dwangbehandeling, dwangopname, enz.) aanvaardbaar te maken. De beschuldiging dat dergelijke interventies een paternalistisch karakter hebben, wordt eenvoudig van de hand gewezen. Wanneer men immers kan aantonen dat een persoon op het moment van de beslissing niet autonoom is, dan verdwijnt zowel de eerste als de tweede voorwaarde om te spreken van paternalisme. De achterliggende, centrale gedachte is tweevoudig: (1) de aanwezigheid van een psychische stoornis zorgt ervoor dat de actuele wil van de persoon niet diens 'ware zelf' uitdrukt en vanwege die heteronomie kan men voorbijgaan aan de expliciete wens (onwil) van het moment; en (2) de interventie is gerechtvaardigd omdat ze erop gericht is de stoornis te verhelpen en daardoor de autonomie van de persoon te herstellen.

Bij incompetentie of beslissingsonbekwaamheid gaat het erom dat personen 'niet in staat zijn om in vrijheid te komen tot een wilsbesluit of daarnaar te handelen' (Pols 1995, 53). Dat wil niet zeggen dat er dan geen wil is, maar de 'bouwstenen van het wilsbesluit' zijn 'van ziekelijke aard'. Het begrip van wilsonbekwaamheid staat ook centraal bij een prominent voorvechter van dwangbehandeling: Remmers van Veldhuizen. Hij formuleert zijn punt als volgt:

'Wilsonbekwamen kunnen juist dankzij (dwang)behandeling delen van hun autonomie herwinnen en zo beter in staat worden gesteld met voldoende zorg in de maatschappij te functioneren' (Van Veldhuizen, NRC Handelsblad 18 maart 2004).

Het is belangrijk om op te merken dat Van Veldhuizen een andere opvatting heeft van autonomie dan de liberalistische visie op zelfbeschikking die gehanteerd wordt in de wet BOPZ. Van Veldhuizen beweert dat door dwangbehandeling (en niet louter door opname) de autonomie van de patiënt, die op dit moment afwezig of onvoldoende is, hersteld wordt. Autonomie stelt mensen in staat om 'met zorg in een samenleving te functioneren'. Deze interpretatie van autonomie gaat ervan uit dat autonome mensen 'goed' van 'kwaad' kunnen onderscheiden en dat ze, in dit geval, weten op welke manier ze voor zichzelf moeten zorgen en hoe ze met anderen moeten omgaan (en vooral hoe het niet moet). Deze opvatting is echter problematisch.

Paternalistisch gebruik van incompetentietests

Omdat de patiënt in deze situaties niet zelf beslist over zijn competentie, moet er een test zijn om 'van buitenaf' te bepalen of iemand aan de voorwaarden van wilsbekwaamheid voldoet. Roth, Meisel en Lidz presenteerden eind jaren zeventig een overzicht van de toen voorhanden zijnde competentietests (Roth e.a. 1977). Volgens hen was er sprake van zes *gradaties*, gaande van erg milde (die veel patiënten als competent zouden beschouwen) tot erg strenge tests (die het heel moeilijk maken om competent gevonden te worden). De laagste drempel wordt gesteld door het criterium 'het al dan niet maken van een keuze': iemand is wilsbekwaam wanneer hij een keuze kan maken. De strengste test beschouwt patiënten enkel competent wanneer ze 'inzicht hebben in de aard van de situatie'. Dat laatste klinkt misschien niet zo veeleisend maar men moet bedenken dat dit criterium twee andere competentiecriteria omvat die elk apart een voldoende voorwaarde kunnen zijn voor competentie. Niet alleen moet de patiënt inzicht hebben in zijn concrete situatie, hij moet ook blijk geven van 'feitelijk begrip' (begrijpt de patiënt alle informatie die betrekking heeft op zijn toestand en ziekte?) én hij moet zijn keuze 'rationeel kunnen motiveren' (kan de patiënt rationele redenen

geven voor zijn besluit?). Hanneke van de Klippe stelt terecht vast dat dit criterium zo streng is 'dat slechts een deel van de Nederlandse bevolking daaraan kan voldoen' (Van de Klippe 1990).

Niet alleen is er een brede waaier van competentietests, maar Roth e.a. benadrukken ook dat de keuze van de tests (welke test voor wie en in welke situatie) afhankelijk is van het resultaat dat artsen en psychiaters willen verkrijgen. Wanneer de patiënt geneigd is de 'juiste' beslissing te nemen (namelijk conform de beslissing van de zorgverleners) dan kiest men voor laagdrempelige criteria. Wanneer iemand echter 'foute' beslissingen dreigt te nemen (bijvoorbeeld met onomkeerbare, ernstige gevolgen) dan worden de criteria opgeschroefd. Dit toont aan dat competentietests niet enkel dienen om te bepalen in welke gevallen paternalisme toelaatbaar is, maar dat de tests zelf paternalistisch gebruikt worden.

Fervente voorstanders van individuele vrijheid en autonomie zullen dus al snel vinden dat incompetentieverklaringen neigen naar paternalisme. Door een bevooroordeelde selectie van de tests probeert men de eigen keuze te rechtvaardigen door bijvoorbeeld strenge criteria op te leggen waardoor men de patiënt (die wel degelijk een mening of een wil heeft) eenvoudig kan passeren. De resultaten van zo'n test zijn dan enkel een gefabriceerde rechtvaardiging om een dieper paternalisme te verdoezelen. Het is precies dit gevaar dat Jan Pols ertoe drijft om zijn lezers te manen tot voorzichtigheid:

'Omdat men bij incompetentiebepaling altijd te maken heeft met uitzonderlijk of tegendraads gedrag is de verleiding groot om incompetent te noemen wat in feite competent maar ongebruikelijk gedrag is' (Pols 1995, 61).

En: 'Veel perspectiefrijker, en ook veel rationeler in de zin van verstandiger is het, heel zuinig te zijn met incompetentiebepalingen en alleen wanneer de argumenten sterk en de omstandigheden overduidelijk zijn, te besluiten tot incompetentie' (Pols 1995, 69).

Deze aarzeling onderstreept nog maar eens hoe makkelijk het is voor antipaternalisten om

incompetentieverklaringen als een excuus te zien voor dieper paternalisme.

Objectieve versus subjectieve opvattingen van welzijn

Om de derde voorwaarde minder problematisch te maken, kan men zoeken naar een objectieve invulling van 'welzijn'. Christopher Boorse (1977) verdedigt het standpunt dat de taak van medische zorgverleners om mensen gezond te maken betekent dat men ernaar streeft de objectieve homeostase van het biologisch (sub)mechanisme (het 'normaal' functioneren) te herstellen. Net zoals een auto een 'normaal' oliepeil kan hebben, zo kunnen nieren ook 'normaal' functioneren. Deze visie kan echter bekritiseerd worden vanuit de gedachte dat niet alleen de *disease* (het objectief disfunctioneren) van belang is, maar ook de *illness* (de subjectieve ervaring van ziekte). De medische behandeling heeft niet alleen als doel het fysiologische aspect van de ziekte aan te pakken, maar ook de ervaring van ziekte te lenigen en die ziektebeleving is niet voor iedere persoon hetzelfde. Deze dubbele taakomschrijving voor zorgverleners lijkt zeker van toepassing in de geestelijke gezondheidszorg. Het is moeilijk vol te houden dat een patiënt 'beter' is wanneer er geen enkele verandering is in de persoonlijke beleving van zijn ziekte vóór en na de behandeling. Toch levert de neurofysiologische basis van de psychiatrie een motief om van dit soort objectieve benadering van ziekte gebruik te maken.

Anderzijds is het ook belangrijk om op te merken dat een volkomen subjectieve interpretatie van 'welzijn' één van de hoofdredenen is waarom paternalisme zo gewantrouwd wordt. Volgens filosoof Ad Verbrugge is zo'n verglijding naar het subjectivisme duidelijk merkbaar in onze samenleving.

'In een cultuur die zozeer op de eigen zin is gericht, zeggen mensen: moet ik van jou aannemen dat ik voorzichtig moet zijn met drank en drugs? Mijn vrienden doen het ook, en op televisie doen ze het ook. Toedeloel! Er is nauwelijks moreel tegenwicht. Zodra de moraal ter sprake komt, is

iedereen vrij. Zelfs ouders zitten in dat parket. Zie jij het zo, jongen? Nou, ik zie het zo. Alles is subjectief geworden behalve de subjectiviteit zelf. Want we vinden het wel heel belangrijk dat we allemaal het recht hebben om vrij en autonoom te zijn' (de Volkskrant, 8 mei 2004).

Wie kan nog begrijpen dat iemand zich inzet voor het welzijn (geluk) van een persoon door te verbieden dat deze persoon 'op zijn eigen manier' gelukkig wordt? Wiens geluk probeert de paternalist dan te bevorderen?

Samenvattend: een objectieve invulling van welzijn (ziekte en gezondheid) staat onder druk omdat welzijn natuurlijk altijd een subjectieve component bevat. Maar de balans schiet al gauw door naar de andere kant en de maatschappelijke tendens om welzijn louter subjectivistisch op te vatten maakt de paternalistische neiging tot objectieve invulling verdacht.

ALTERNATIEVEN: PATERNALISME ÉN AUTONOMIE

Er is reeds aangegeven wat paternalisme inhoudt en hoe men in de geestelijke gezondheidszorg oplossingen probeert te zoeken om het paternalisme te omzeilen of te verzachten. Geen enkele van die strategieën is immuun voor antipaternalistische kritiek. In de inleiding kwam de heer De laere aan het woord, die opmerkte dat dwang *a priori* onverzoenbaar is met autonomie en dat hij daarom enkel bemoeizorg en overtuiging aanvaardt. Consent is voor hem dus van doorslaggevend belang. Maar als consent cruciaal is, dan vallen een aantal mensen, onder wie de zus van mevrouw Jongepier, uit de boot, tenzij men dergelijke mensen wilsonbekwaam of incompetent kan verklaren. Die strategie is echter problematisch. Incompetentieverklaringen hebben vaak het karakter van descriptieve schijnbewegingen: ze willen een beschrijving geven van wat incompetentie of niet-autonomie is (men wil de wilsbekwaamheid testen), maar eigenlijk zit in die beschrijving een normatief element vervat van wat competentie of autonomie zou moeten zijn. Een verdere medicalise-

ring van het gezondheidsbegrip, een ingrijpen in naam van het 'objectieve welzijn', kan ook geen soelaas brengen aangezien de ziektebeleving van de patiënt cruciaal is.

In wat volgt zullen twee alternatieve visies aangereikt worden over autonomie en paternalisme. Beide hebben met elkaar gemeen dat ze de aandacht vestigen op de autonomie van de zorgverlener. De theorieën van O'Neill en Frankfurt zijn erg uitgebreid en complex en kunnen in dit kader slechts schematisch besproken worden.

Onora O'Neill

In haar boek *Autonomy and Trust in Bioethics* pleit O'Neill (2002) voor een 'robuuste opvatting van autonomie'. Daarmee reageert ze tegen een liberale en oppervlakkige interpretatie van autonomie die consent als voldoende voorwaarde voor autonomie ziet en het louter maken van een keuze (het zwakste competentie criterium) als voldoende voorwaarde voor consent. O'Neill grijpt terug op de kantiaanse opvatting van het begrip autonomie, waarbij de nadruk ligt op de 'nomos', de wet. Autonomie is de vrijheid om te doen wat je moet doen. Op die manier verschuift de focus van een discours over rechten naar een discours over plichten. Zo hebben artsen bepaalde plichten ten opzichte van hun patiënten. O'Neill vermeldt in het bijzonder de verplichtingen tot het vermijden van 'dwang' en 'misleiding', maar benadrukt ook dat deze plichten evenzeer gelden voor patiënten: ze hebben bijvoorbeeld niet het recht om een bepaald soort hulp af te dwingen. Door te stellen dat dwang steeds problematisch is, komt O'Neill tegemoet aan de bezorgdheid van de antipaternalisten.

Ze vermeldt echter ook de plicht tot 'hulp aan de kwetsbaren'. Om dit te beargumenteren gebruikt ze Kants universaliseringsprincipe: om te weten of een handlungsregel moreel aanvaardbaar is, moet je deze regel als algemene wet kunnen denken of willen. Onverschilligheid ten opzichte van de zwakkeren in de samenleving is niet universaliseerbaar want het zou de overlevingskansen en de levenskwaliteit van iedereen op het spel

zetten. O'Neills analyse is waardevol omdat men zich met betrekking tot de groep verkommerende, hulpbehoevende zorgmijders terecht kan afvragen of het niet onze morele plicht is (niet alleen als zorgverleners maar vooral ook als maatschappij) om hun lot te verbeteren. Het opent een perspectief voorbij de retoriek van consent.

Harry Frankfurt

Harry Frankfurt (1988; 1999) toont aan dat de menselijke autonomie wortelt in een speciaal soort onvrijheid, in een 'niet anders kunnen dan'. Dit noemt hij de *noodzakelijkheden van de wil* en hij verbindt dit met de notie van het ondenkbare. Een moeder kan het bijvoorbeeld ondenkbaar vinden dat zij haar kinderen moet afstaan voor adoptie. In zeker opzicht kan ze het wel (niemand houdt haar tegen), maar ze wil het niet. Sterker nog, ze wil het niet anders willen. Ze botst op de grenzen van haar wil. Toch maken deze noodzakelijkheden haar niet onvrij. Integendeel, juist wanneer ze gedwongen zou worden om te handelen tegen deze noodzakelijkheden in, zou ze zich in haar vrijheid en autonomie beknót voelen. De noodzakelijkheden van de wil van deze vrouw vinden hun oorsprong in een bezorgdheid om haar kinderen. Frankfurt zal zeggen dat autonomie verbonden is met 'the things we care about', de dingen waar we om geven. Autonoom handelen is handelen in overeenstemming met onze objecten van bezorgdheid. Als autonome personen worden mensen 'gedwongen' zich in te zetten voor het welzijn van de dingen waar zij om geven, maar het welzijn van die objecten hangt niet uitsluitend af van hun eigen handelingen en daarom is deze autonomie uiterst kwetsbaar.

Met behulp van deze korte analyse kan paternalisme gezien worden in het verlengde van autonomie. Als mensen bezorgd zijn om het welzijn van anderen, kunnen zij ook noodzakelijkheden van de wil ervaren: zij kunnen hun objecten van bezorgdheid niet zomaar laten verkommeren. Wanneer ze nu gedwongen worden om lijdzaam toe te kijken, dan zullen ze dit ervaren als een ver-

raad aan het zelf. Het is een inbreuk op hun autonomie. Wanneer een arts bijvoorbeeld gedwongen wordt om een Jehova's getuige te laten sterven op de operatietafel omdat deze een bloedtransfusie weigert, dan kan hij dit ervaren als een verraad aan zijn identiteit – aan wie hij is en waar hij voor staat. Frankfurts theorie plaatst de autonomie van arts en patiënt weer op gelijke hoogte. Dit is nodig omdat het debat bijna uitsluitend aandacht heeft voor de autonomie van de patiënt, alsof de zorgverlener niks te verliezen heeft. Frankfurts theorie kan artsen en psychiaters weer een stem geven in het debat.

Wanneer duidelijk wordt dat de autonomie van beide partijen in gevaar is, dan wordt het spanningsveld tussen arts en patiënt uiteraard niet opgeheven. Integendeel, de argumentatie is gericht tegen een *ontkenning* van dit spanningsveld. Die ontkenning neemt twee vormen aan: men ontkent ofwel de autonomie van de patiënt (incompetentie), ofwel de autonomie van de zorgverlener. Hoe dan ook, het is altijd de autonomie van één partij die prevaleert. Wanneer men echter de spanning onder ogen ziet, dan wordt een discussie over waarden een uiterst dringende behoefte. Het is een misverstand om te denken dat erkenning van autonomie morele oordelen overbodig maakt. Zoals Dworkin (1988, 29) het uitdrukt: *'The autonomous person can be a tyrant or a slave, a saint or sinner, a rugged individualist or champion of fraternity, a leader or follower.'* Dit maakt duidelijk dat sommige vormen van autonomie afkeurenswaardig zijn.

Helaas wordt zo'n discussie voorbij het autonomiediscours angstvallig vermeden. Men moet namelijk de moed hebben om te verdedigen dat drugsverslaafden een 'mensonwaardig' leven leiden. Het is een vreemde vorm van *political correctness* die ertoe geleid heeft dat bijna niemand zoiets nog durft te beweren. Het lijkt erop dat men door menswaardigheid (competentie, autonomie) toe te kennen tevens onverschilligheid in de hand werkt.

CONCLUSIE: LESSEN IN ONVERSCHILLIGHEID?

Wanneer mensen in hun frankfurtiaanse bezorgdheden geraakt worden, hebben ze de neiging terug te vechten. Zo kan een aantal mensen het niet laten gebeuren dat er talloze hulpbehoevenden verkommeren op straat. Zij ijveren dan ook voor meer paternalisme. Maar dat is slechts één optie. De andere mogelijkheid is dat mensen die beknot worden in hun autonomie niet langer verlangen naar wat ze toch niet kunnen krijgen. Wanneer men anderen niet gedwongen mag helpen, wanneer iemand keer op keer tegen een muur van onbegrip botst en wanneer iemand keer op keer verweten wordt dat hij te paternalistisch is en dat die bezorgdheid niet oprecht maar opdringerig is, kan hij er uit zelfbehoud (door de voortdurende schade aan de eigen autonomie) voor kiezen om zijn objecten van bezorgdheid op te geven. Er moet voor gewaakt worden dat een unilateraal pleidooi voor individuele autonomie (patiëntenrechten) de mensen niet een vorm van onverschilligheid aanleert. Door de aandacht te vestigen op de autonomie van de zorgverlener hoop ik dat deze lessen in onverschilligheid op de nodige weerstand zullen stuiten.



Dank aan Yvonne Denier, Yaël Versweyvelt en twee anonieme commentatoren van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* voor hun waardevolle opmerkingen bij een eerdere versie van dit essay.

LITERATUUR

- Archard, D. (1990). Paternalism Defined. *Analysis*, 50, 36-42.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 542-573.
- Delaere, P. (2004, 3 juni). Hang naar dwang. *NRC Handelsblad*, p. 8.
- Dworkin, G. (2002). Paternalism. In E.N. Zalta (Red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2002 Edition). <http://plato.stanford.edu/archives/win2002/entries/paternalism>.
- Dworkin, G. (1988). *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Frankfurt, H. (1988). *The Importance of What We Care About*. Cambridge University Press.
- Frankfurt, H. (1999). *Necessity, Volition, and Love*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gert, B., & Culver, C. (1981). Paternalistic Behavior. In M. Cohen, T. Nagel, T. Scanlon (Red.), *Medicine and Moral Philosophy* (pp. 201-210). Princeton: Princeton University Press.
- Jongepier, M. (2004, 19 maart). Autonomie tot de dood erop volgt. *NRC Handelsblad*, p. 9.
- Kasachoff, T. (1994). Paternalism: Does Gratitude Make It Okay? *Social Theory and Practice*, 20, 1-23.
- Klippe, H. van de. (1990). Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 45, 123-138.
- O'Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pols, J. (1995). De rechtvaardiging van dwang. In M. Janssen, M. de Jonge & J. Pols (Red.), *Dwang in de psychiatrie. Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven* (pp. 37-69). Amsterdam: Babylon-De Geus.
- Roth, L.H., Meisel, A., & Lidz, C.W. (1977). Tests of Competency to Consent to Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 134, 279-284.
- Varekamp, I. (2002). Zelfbinding in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 1132-1146.
- Veldhuizen, J.R. van. (2004, 18 maart). Schep ruimte voor behandeling onder dwang. *NRC Handelsblad*, p. 8.
- Verbrugge, A. (2004, 8 mei). Niet alleen maar jezelf zijn. *de Volkskrant*, p. 15.

AUTEUR

T.R.V. NYS werkt als FWO-onderzoeker bij het Centrum voor Ethiek, Sociale en Politieke Wijsbegeerte aan de Katholieke Universiteit Leuven.

Correspondentieadres: T.R.V. Nys, Centrum voor Economie en Ethiek, Naamsestraat 69,, 3000 Leuven (België). Tel.: +32 (0)16325769.

E-mail: thomas.nys@econ.kuleuven.ac.be.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-11-2004.

SUMMARY

Paternalism and autonomy in mental health care – T.R.V. Nys –

Recently, there has been a demand for more coercive action and paternalism in the field of mental health care. This demand, however, is encountering strong opposition because coercion and paternalism seem to be at variance with the right to autonomy. In this article, a three-part definition of paternalism is taken as starting point and it is shown how the mental health services, by their tactics, are trying to tone down the paternalistic character of their interventions. Nevertheless, these attempts on the part of the mental health care services to justify their tactics can still be criticised for their paternalistic traits. Next, two alternative theories are briefly discussed which indicate that the autonomy of caretakers is also under attack. Moreover, their autonomy is an important source of their paternalism. Finally, an in-depth debate on values is proposed, at the earliest opportunity.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)8, 519-528]

KEY WORDS autonomy, competence, consent, paternalism