

# Paternalisme en autonomie

## Commentaar op Nys

G.A.M. WIDDERSHOVEN

Autonomie is een kernbegrip in de geestelijke gezondheidszorg. Waar het vroeger ging om het opleggen van een behandeling, wordt nu de instemming van de cliënt met het behandelingsvoorstel centraal gesteld. Uitgangspunt is dat de cliënt, ook al heeft hij een psychische aandoening, de regie over het eigen leven moet blijven voeren. Slechts onder stringente voorwaarden (namelijk gevaar voor zichzelf of anderen) kan de wens van de cliënt worden gepasseerd. Deze nadruk op autonomie heeft echter ook een keerzijde. Wat te doen wanneer een cliënt een behandeling weigert die hem zou kunnen helpen zijn psychische problemen onder controle te krijgen, zonder dat er sprake is van gevaar? Deze vraag geldt in het bijzonder de zogenaamde zorgwekkende zorgmijders, zoals de dochter van mevrouw Jongepier, die in het artikel van Nys ten tonele wordt gevoerd.

Nys beschrijft twee gangbare manieren om ingrijpen in gevallen waar geen gevaar is, te rechtvaardigen. De eerste is de cliënt wilsonbekwaam (en daarmee niet autonoom) te verklaren. Wanneer de cliënt wilsonbekwaam is, is deze niet in staat een besluit ten aanzien van zijn behandeling te nemen. Er zou volgens Nys daarmee geen sprake meer zijn van paternalisme, omdat de cliënt niet autonoom zou zijn. Hierbij moet worden aangekend dat Nys ten onrechte wilsbekwaamheid als voorwaarde voor paternalisme lijkt te beschouwen. De klassieke vorm van paternalisme, namelijk het ingrijpen van ouders in het leven van hun minderjarige kind, veronderstelt juist dat het kind wilsonbekwaam is. De tweede manier van rechtvaardigen van ingrijpen bij afwezigheid van ge-

vaar behelst een verwijzing naar het welzijn van de cliënt, dat met het ingrijpen gediend is. In veel gevallen gaat het daarbij om het vergroten van de autonomie van de cliënt als doel van de behandeling.

Nys acht beide rechtvaardigingsstrategieën in de psychiatrie bedenkelijk. Wilsbekwaamheid is geen eenduidig begrip. Er zijn meerdere criteria in de literatuur voorhanden. Dat maakt het psychiaters mogelijk het naar eigen goeddunken in te zetten. Verzet de cliënt zich, dan is hij sneller wilsontbekwaam dan wanneer hij instemt met de behandeling. Psychisch welzijn is niet onafhankelijk van de opvattingen van de cliënt vast te stellen. Iemand kan niet gezond verklaard worden wanneer hij na behandeling geen subjectieve verbetering ervaart. De psychiater kan derhalve niet claimen het welzijn (c.q. de autonomie) te bevorderen zonder rekening te houden met het perspectief van de cliënt. Het is de vraag of de kritiek op beide rechtvaardigingsstrategieën terecht is. Het feit dat begrippen als wilsbekwaamheid en welzijn afhankelijk zijn van de context en het perspectief van betrokkenen, wil niet zeggen dat ze niet bruikbaar zijn. Men kan, integendeel, beargumenteren dat het feit dat deze begrippen voor discussie vatbaar zijn, hun bruikbaarheid vergroot. Ik kom daar later nog op terug.

In plaats van een rechtvaardiging van paternalisme op basis van gebrek aan, dan wel vergroting van de autonomie van de cliënt, legt Nys een verband tussen paternalisme en autonomie van de hulpverlener. Op grond van het werk van O'Neill en Frankfurt beargumenteert hij dat ingrijpen ge-

zien moet worden als de plicht van een autonome hulpverlener. Autonomie wordt daarbij ingevuld in de zin van Kant: in vrijheid doen wat je moet doen. In de somatische gezondheidszorg betekent dit dat hulpverleners niet lijdzaam accepteren dat ze handelingen verrichten (of nalaten) die tegen hun beroepsidentiteit indruisen, zoals het laten sterven van een Jehova's getuige tijdens een operatie omdat deze bloed weigert. In de psychiatrie betekent het dat hulpverleners de moed hebben om de mensonwaardigheid van het leven van zorgwekkende zorgmijders ter discussie te stellen en zorg te verlenen aan diegenen die kwetsbaar zijn en dreigen te verkommeren.

Nys' pleidooi voor een andere benadering van het paternalismevraagstuk in de psychiatrie, in het bijzonder van de verhouding van paternalisme en autonomie, roept een aantal vragen op. In de eerste plaats is het niet zonder meer duidelijk in hoeverre een fundering van paternalistisch optreden in de morele houding van de hulpverlener werkelijk nieuw is. De kern van elke rechtvaardiging van paternalisme is de noodzaak om zorg te verlenen aan zorgbehoefigen, in weerwil van het feit dat die zorg wordt geweigerd. In de gezondheidsethiek is dit zowel terug te vinden in de principe-ethiek (in het principe van weldoen), als in de zorgethiek (in de deugd van verantwoordelijkheid). In het gezondheidsrecht wordt in dit verband gesproken van goed hulpverlenerschap. Alhoewel de term autonomie hier niet wordt genoemd, lijkt toch hetzelfde te worden beoogd.

Een tweede vraag is of een rechtvaardiging van ingrijpen op basis van enkel de autonomie van de hulpverlener niet tot eenzijdigheden leidt. Verdwijnt het inherent problematische karakter van dwang niet uit het zicht als het wordt gefundeerd in de (Kantiaanse, dus absolute) plicht van de hulpverlener? Houdt de plicht tot zorgverlening in dat verzet nooit serieus hoeft te worden genomen? Waar gangbare benaderingen meerdere gezichtspunten relevant achten, zodat altijd discutabel is wat prioriteit moet krijgen, dreigt het uitgangspunt van de autonomie van de hulpverlener geen ruimte te laten voor twijfel en geen ba-

sis te bieden voor overleg. Nys pleit weliswaar voor een discussie over waarden, maar het is de vraag of zijn autonomieconcept die discussie toelaat. Kan een hulpverlener die een Kantiaanse plichtsopvatting hanteert, een open gesprek voeren met een Jehova's getuige die bloed weigert, of staat de uitkomst daarvan van tevoren al vast? Zal zo'n hulpverlener niet dermate overtuigd zijn van de mensonwaardigheid van het leven van zorgwekkende zorgmijders dat hij zich gerechtigd acht in te grijpen, zonder nog een discussie met de betrokkenen aan te gaan?

In weerwil van Nys' bezwaren kan in het omgaan met het paternalismevraagstuk de autonomie van de cliënt niet gemist worden. Of ingrijpen nodig is, kan niet enkel worden vastgesteld op basis van de verantwoordelijkheid van de hulpverlener, hoe onontbeerlijk die ook is. Steeds zal de vraag gesteld moeten worden of het ingrijpen bijdraagt tot een beter, dat wil zeggen meer autonoom leven van de cliënt. Die vraag speelt vooraf (is het leven van de cliënt dermate problematisch dat ingrijpen geboden is?), maar ook achteraf (heeft het ingrijpen de situatie van de cliënt ook werkelijk verbeterd?). Daarbij kan een oordeel over wilsonbekwaamheid (ontbreken van autonomie) of welzijn (versterken van autonomie) niet worden vermeden. Zo'n oordeel zal altijd voor discussie vatbaar zijn. Dat is geen zwakte, maar juist de kracht ervan. In het omgaan met dwang in de psychiatrie moet niet alleen erkend worden dat cliënten meer en minder autonoom kunnen zijn, maar ook dat hulpverleners niet altijd even goed weten wat het probleem is en wat nodig is om de situatie te verbeteren. Zoals cliënten de greep op hun leven kunnen kwijtraken, maar met hulp ook weer kunnen hervinden, zo kunnen zorgverleners het spoor bijster raken en hervinden, door steun van collega's, maar ook door te luisteren naar cliënten. In het omgaan met dwang staan de autonomie van cliënt en hulpverlener beide op het spel, en kan beider autonomie alleen in samenspel gestalte krijgen.

AUTEUR

G.A.M. WIDDERSHOVEN is hoogleraar Ethiek van de Gezondheidszorg aan de Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht, en wetenschappelijk directeur van het onderzoeksinstituut Caphri van deze universiteit.

Correspondentieadres: prof.dr. G.A.M. Widdershoven, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

E-mail: g.widdershoven@zw.unimaas.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-6-2005.