

Elektroconvulsietherapie als dwangbehandeling

S. KATS, J.A. BRUIJN, M.J.C.E. BLONDEAU, W.W. VAN DEN BROEK

SAMENVATTING Beschrijving van een patiënt met een medicatieresistente psychotische depressie, voor wie elektroconvulsietherapie (ECT) uiteindelijk nog de enige behandeling was met redelijke kans op herstel. Zowel patiënt als zijn echtgenote, optredend als zijn belangenbehartiger, weigerden deze behandeling. Patiënt werd behandeld met ECT als dwangbehandeling, met goed resultaat. De medische overwegingen die hebben geleid tot dwangbehandeling met ECT en de juridische aspecten waarmee rekening moet worden gehouden, worden in dit artikel besproken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 1, 45-49]

TREFWOORDEN BOPZ, depressie, dwangbehandeling, elektroconvulsietherapie

In deze casus wordt de mogelijkheid besproken van elektroconvulsietherapie (ECT) als dwangbehandeling bij een patiënt met een psychotische depressie en de juridische aspecten hiervan.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 74-jarige, somatisch gezonde man zonder psychiatrische voorgeschiedenis werd op vrijwillige basis opgenomen op de afdeling psychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum. Hij had een ernstige suïcidepoging ondernomen: met een hogedrukpistool had hij drie kogeltjes in zijn hoofd geschoten en met een mes had hij zich in de pols gesneden en in de buik gestoken. Na medicatievrije observatie werd bij hem de diagnose psychotische depressie gesteld. Patiënt werd zonder resultaat behandeld met nortriptyline met adequate bloedspiegels gedurende 4 weken, vervolgens met toevoeging van lithium met adequate bloedspiegels gedurende 3 weken, en daarna met tranylcypromine tot een dosering van 60 mg gedurende ongeveer 8 weken. Na iedere fase werd met patiënt en zijn echtgenote

besproken dat ECT was geïndiceerd. Omdat patiënt ECT bleef weigeren is na ongeveer een half jaar een voorlopige rechterlijke machtiging aangevraagd en afgegeven, omdat patiënt, noch zijn echtgenote gemotiveerd waren voor voortzetting van de opname en verdere behandeling. Als motivering voor deze rechterlijke machtiging golden de argumenten van gevaar voor een recidief suïcidepoging, zelfverwaarlozing en maatschappelijke teloorgang vanuit een psychotisch depressief toestandsbeeld met een zeer gering ziektebesef.

De echtgenote van patiënt trad op als zijn belangenbehartiger. Er waren verder geen naasten die advies konden geven. Patiënt en zijn echtgenote waren het niet eens met het starten van ECT en op verzoek van echtgenote werd een *second opinion* verricht door een psychiater uit een ander ziekenhuis, die de indicatie voor ECT bevestigde.

Deze situatie bracht het volgende dilemma: patiënt overplaatsen naar een vervolgafdeling voor chronische patiënten met het perspectief dat de kans op herstel steeds verder zou afnemen,

dan wel ECT als dwangbehandeling om patiënt hiermee een laatste mogelijkheid te bieden om te herstellen. Er werd tot dwangbehandeling met ECT besloten. Na 19 keer bilaterale ECT-behandeling is patiënt volledig hersteld. Zijn echtgenote wilde in eerste instantie niet direct meewerken aan ontslag. Patiënt werd overgeplaatst naar een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (apz) voor een langerdurend resocialisatietraject. Na 3 maanden werd patiënt poliklinisch gezien. Hij was weer thuis. Hij was hier heel blij mee, zijn echtgenote vond hem weer de oude en was achteraf gezien blij dat patiënt met ECT behandeld was.

WAT ZIJN DE CRITERIA VOOR DWANGBEHANDELING?

Het criterium voor dwangbehandeling heeft in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) uitsluitend betrekking op ernstig gevaar binnen het ziekenhuis. Tijdens de opname was er mede door de geboden structuur en bescherming van de afdeling geen onmiddellijk gevaar voor suïcide en dus geen sprake van een acuut gevaar. Echter in de praktijk gaat het om het gevaar dat zich in de toekomst buiten het ziekenhuis kan voordoen (Van de Klippe 1997). Bij eventueel ontslag van patiënt zou er vanuit een persisterend psychotisch depressief toestandsbeeld zonder de bescherming van de gesloten afdeling zeker een verhoogd risico bestaan op een recidief suïcidepoging. Bij het afwegen van gevaar in de toekomst speelt in dit geval ook mee dat de kans op herstel kleiner wordt naarmate de depressie langer bestaat (Scott 1994). Ook het gevaar dat zich in het verleden buiten het ziekenhuis heeft voorgedaan, kleurt de interpretatie van ernstig gevaar, zo wordt erkend in rechtspraak (Rechtbank (Rb.) Dordrecht 1995). Vanuit het perspectief van de behandelaars moeten al deze factoren meewegen in de beslissing om over te gaan tot dwangbehandeling.

WANNEER KAN ECT ALS DWANGBEHANDELING WORDEN TOEGEPAST?

De behandelaars in bovenbeschreven casus waren aangewezen op de Wet BOPZ. De Wet BOPZ is van toepassing op patiënten die met een inbewaringstelling (ibs) of een rechterlijke machtiging (rm) zijn opgenomen.

Van dwangbehandeling in de zin van de Wet BOPZ is sprake, als een behandelingsplan wordt uitgevoerd zonder overeenstemming over het plan of ondanks verzet ertegen. Er moet voldaan zijn aan de criteria van art. 38 lid 5 Wet BOPZ. Dit houdt in dat er alleen mag worden behandeld, voor zover het uitvoeren van het behandelingsplan 'volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden' tijdens de opname. Een onvrijwillige opname rechtvaardigt nog geen dwangbehandeling. Wil dwangbehandeling gelegitimeerd zijn, dan moet daarnaast aan een gevaarscriterium zijn voldaan. Gevaar behoeft zich niet te openbaren als een acute noodtoestand, maar kan zich ook voordoen als een voortdurende achteruitgang van de patiënt, die zonder ingrijpen zal leiden tot de dood of ernstige invaliditeit van patiënt (Rb. Den Bosch 1994; Rb. Roermond 1994; Handelingen Tweede Kamer 1982-1983). Dit was bij de patiënt het geval. Tevens moet bij geen verzet tegen opname toch een rm worden afgegeven als sprake is van weigering tot medewerking aan een behandeling die noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt af te wenden (BJ-Jurisprudentie 1998). De feitelijke beslissing tot dwangbehandeling blijft voorbehouden aan de behandelaar na overleg met de geneesheer-directeur.

Therapeutische intentie versus beveiligingsintentie Onderscheid moet worden gemaakt tussen dwang in het kader van art. 38 lid 5 (dwangbehandeling) en dwang in het kader van art. 39 (middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties). Het onderscheid is gele-

gen in de intentie waarmee de dwang wordt uitgeoefend. Bij dwangbehandeling (toepassen behandelingsplan ondanks verzet van patiënt) heeft de dwang een therapeutische intentie, oftewel de dwang is gericht op verbetering/genezing van de stoornis waaraan iemand lijdt (zoals in dit geval). Bij dwang ter overbrugging van noodsituaties is sprake van beveiligingsintentie: het gaat om het opheffen van de tijdelijke noodsituatie die is ontstaan. Echter, het behandelingsplan mag nooit volledig onder dwang uitgevoerd worden, slechts dat deel dat volstrekt noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar tijdens de opname (Widdershoven 1996).

Voorwaarden dwang-ECT ECT behoort niet tot de vijf dwangmiddelen die in de Wet BOPZ worden genoemd: separatie, afzondering, fixatie, medicatie en toediening van voeding en vocht. Deze zouden effectief kunnen zijn ter afwending van ernstig gevaar voor de patiënt zelf (Widdershoven 1996).

ECT kan onder dwang worden toegepast (mits niet in strijd met de medisch-professionele standaard) onder regiem van de Wet BOPZ als voldaan is aan de wettelijke grondslag voor dwangbehandeling, zoals in artikel 38 lid 5 van de Wet BOPZ omschreven en zoals hierboven verwoord. De criteria voor dwang-ECT, zoals hierboven vermeld, staan ook genoemd in de richtlijnen voor ECT van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Richtlijncommissie NVVP 2000, pp. 9-13). Daarnaast is er ook jurisprudentie voorhanden betreffende dwang-ECT.

ECT mag slechts worden toegepast als *ultimum remedium* (laatste behandelmiddel), wat inhoudt dat lichtere behandelingsmogelijkheden moeten zijn uitgeput (BJ-jurisprudentie 1999).

Bij het uitvoeren van dwangbehandeling moeten naast het geschetste beginsel van subsidiariteit, ook die van proportionaliteit en doelmatigheid nageleefd worden. Hierbij geeft proportionaliteit de verhouding aan tussen de aanleiding voor de maatregel en de omvang

ervan (duur, dosis), en doelmatigheid geeft aan dat de toegepaste maatregel geschikt hoort te zijn om het beoogde doel te bereiken (Widdershoven 1996).

Meldingsplicht Bij dwangbehandeling dient voorafgaande aan de uitvoering ervan, conform artikel 38 lid 6 van de Wet BOPZ, de Inspecteur voor de volksgezondheid schriftelijk op de hoogte te worden gesteld. In deze brief dient tevens te worden vermeld of de patiënt in staat kan worden geacht gebruik te maken van de regeling in artikel 41 Wet BOPZ dat handelt over het klachtenrecht van de patiënt. Conform artikel 38 lid 7 Wet BOPZ stelt de inspecteur na beëindiging van elke behandeling een onderzoek in of de beslissing tot dwangbehandeling zorgvuldig is genomen en de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied.

Bezwaar tegen dwangbehandeling Als de patiënt of zijn belangenbehartiger bezwaar maakt tegen dwangbehandeling, dan moet de patiënt gewezen worden op de mogelijkheid een klacht in te dienen bij de Klachtencommissie BOPZ. Instellingen met een BOPZ-aanwijzing zijn op basis van artikel 41 Wet BOPZ verplicht een klachtenregeling te treffen en een klachtencommissie in te stellen. Het gaat hier om klachten van onvrijwillig opgenomen patiënten die gebaseerd zijn op de gronden van artikel 41 Wet BOPZ. Deze gronden zijn het toepassen van dwangbehandeling of dwangmiddelen en dwangmaatregelen, en het niet-toepassen van het overeengekomen behandelplan.

De termijn waarbinnen deze BOPZ-klachtenbehandeling afgerond moet zijn, is twee weken. Bij het niet voldoen aan deze termijn van twee weken, of bij geen instemming met de uitspraak, biedt de Wet BOPZ de klager in tegenstelling tot de Wet klachtenrecht cliënten zorgsector (WKCZ) de mogelijkheid om in beroep te gaan bij de rechter door middel van een verzoekschrift.

Bij bovengenoemde patiënt werd besloten om tot

dwang-ECT als ultimum remedium en meest geschikte resterende behandeling over te gaan, omdat er sprake was van een medicatieresistente psychotische depressie met gevaar op een recidief suïcidepoging. Dit werd met patiënt en zijn echtgenote besproken, waarbij werd gewezen op de mogelijkheid een klacht in te dienen bij de Klachtencommissie BOPZ van het ziekenhuis. Hierop besloot de echtgenote inderdaad een klacht in te dienen, welke door de commissie binnen twee weken werd behandeld. Er werd besloten de ECT-behandeling op te schorten tot na het advies van de Klachtencommissie BOPZ, omdat de toestand van de patiënt op dat moment stabiel was. De commissie verklaarde de klacht van de echtgenote van patiënt ongegrond en stelde dat hier inderdaad een indicatie bestond voor dwang-ECT. Daarbij heeft in het bijzonder de overweging dat patiënt de kans op een redelijk herstel niet onthouden mocht worden, een belangrijke rol gespeeld. Vervolgens is tot dwang-ECT overgegaan.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

ECT kan bij een juiste indicatie, met goede resultaten worden toegepast als dwangbehandeling. Al heeft het criterium voor dwangbehandeling uitsluitend betrekking op gevaar binnen het ziekenhuis, in de praktijk spelen ook het gevaar dat zich heeft afgespeeld in het verleden en dat zich kan voordoen in de (nabije) toekomst buiten het ziekenhuis een rol, en ook de verminderende kans op herstel naarmate de behandeling langer wordt uitgesteld. Dit wordt inmiddels ook erkend in de rechtspraak.

Wanneer de behandelaar besluit tot dwangbehandeling moet de patiënt en/of zijn belangenbehartiger bij verzet/bezwaar tegen deze behandeling gewezen worden op het Klachtrecht, al dan niet bijgestaan door een pati-

entenvertrouwenspersoon. Deze klacht wordt door de Klachtencommissie BOPZ van het ziekenhuis behandeld en deze neemt een besluit.

Deze procedure dwingt de behandelaar niet alleen zijn handelwijze nog eens te toetsen, maar komt tevens de relatie tussen patiënt en de behandelaar ten goede, omdat een onafhankelijke instantie uitspraak doet en omdat het de patiënt en zijn belangenbehartiger kan helpen bij de acceptatie van het behandelingsbeleid. De uitspraak van de klachtencommissie volgt binnen twee weken en leidt verder niet tot opschorting van de behandeling. Indien de klinische toestand van patiënt dit toelaat, is het raadzaam om met de behandeling te wachten totdat de uitspraak bekend is.

LITERATUUR

- BJ 7 (Rechtbank Den Bosch 1994).
 BJ 27 (Rechtbank Roermond 1994).
 BJ 111 (Rechtbank Dordrecht 1995).
 BJ-Jurisprudentie 19, 44-47. (Arrondissementsrechtbank Zutphen 1998).
 BJ-Jurisprudentie 17, 35-38. (Arrondissementsrechtbank Haarlem 1999).
 Handelingen Tweede Kamer (1982-1983), nr. 17, p. 22.
 Klippe, H. van de. (1997). Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname. Een juridische beschouwing. Proefschrift. Nijmegen: Ars Aequi Libri.
 Richtlijncommissie electroconvulsietherapie & Commissie kwaliteitszorg van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2000). Richtlijn Elektroconvulsietherapie. Amsterdam: Boom.
 Scott, J. (1994). Predictors of non-response to antidepressants. In W.A. Nolen, J. Zohar, S.P. Roose e.a. (Red.), *Refractory depression: wcurrent strageties and future directions* (pp. 19-28). Chichester: John Wiley & sons.
 Withershoven, T.P. (1996). Artikel 39 'Tijdelijke noodsituaties (M&M)'. In P.J.H. Laurs (Red.), *Handboek opnemng en verblijf* (pp. 1-100). Deventer: Gouda Quint.

AUTEURS

S. KATS is psychiater in opleiding en werkzaam op de afdeling psychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam.

J.A. BRUIJN, psychiater, is hoofd patiëntenzorg van de afdeling psychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam.

M.J.C.E. BLONDEAU is seniorjurist, werkzaam bij de afdeling juridische zaken van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam.

W.W. VAN DEN BROEK, psychiater, is hoofd afdeling stemmingsstoornissen van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam.

Correspondentieadres: mw. S. Kats, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam. Tel. 0031-(0)10-463 92 22 en fax 0031-(0)10-463 32 17.

E-mail: kats@neur.azr.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-7-2002.

SUMMARY

ECT as compulsory treatment. A case study – S. Kats, J.A. Bruijn, M.J.C.E. Blondeau, W.W. van den Broek –

Description of a patient diagnosed with a medicationresistant psychotic depression. Finally, electroconvulsive therapy (ECT) was the only treatment with a reasonable chance for recovery. Patient as well as his wife, as his representative, refused this treatment. The patient was treated with ECT as a compulsory treatment with a good result. The medical considerations for and juridical aspects of compulsory treatment with ECT in the Netherlands are discussed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 1, 45-49]

KEY WORDS BOPZ, compulsory treatment, depression, electroconvulsive therapy