

Besluitvorming over verplichte zorg vraagt om expliciete morele afweging

K.P. Grootens

Optimale zorg volgens een medisch model en optimale herstelondersteunende zorg kunnen in sommige situaties op gespannen voet met elkaar staan, en zelfs tegenstrijdige acties vereisen. Recent wees collega De Koning (2021) daarop in een redactioneel commentaar. Ik onderschrijf van harte haar overwegingen en de conclusie dat er onvoldoende wetenschappelijke literatuur over de behandel-dilemma's bij deze groep patiënten is. Bij de groep zorgmijders is het gapende gat tussen behandelbaarheid en het ontbreken van behandelwens wellicht het meest zichtbaar. Ik denk dat er op dit moment zowel binnen als buiten de ggz zeer veel onderbehandeling en zorgmijding bestaan: hoeveel patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) krijgen in de dagelijkse praktijk niet de 'optimale' behandeling? Hoeveel kans op herstel laten we hiermee liggen? In dit commentaar wil ik onze huidige werkwijze bij kwesties rond verplichte zorg nader onder de loep nemen. Ik kom met een pragmatisch voorstel om in de besluitvorming tot een explicietere morele afweging te komen dan nu veelal het geval is.

Nadruk op behandelrelatie

De Koning benoemt het ethische dilemma of we de behandelrelatie voorop moeten stellen - en de voorkeur van patiënt uitdrukkelijk volgen, zelfs zonder ziekte-inzicht. Zij durft hiermee te laten zien dat wij als psychiaters gewend zijn geraakt een behandel-effect ondergeschikt te laten zijn aan de relatie met een patiënt. We weten immers dat in de praktijk een behandeling zonder goede behandelrelatie kansloos is. En dus zetten we onze morele behandelverplichting geregeld in de pauzestand en investeren in het behandelcontact en onze overtuigingsvaardigheden. Hier speelt volgens mij mee dat we in ons collectieve bewustzijn het spook uit het verleden meedragen van psychiaters die autoritaire besluiten namen, en hier veel schade mee konden aanrichten. 'Dat nooit meer!'

Anno 2021 hebben we een werkwijze gevonden waarin we balanceren tussen effectief behandelen, het behouden van de behandelrelatie en het gebruik van gedeelde besluitvorming. Voor de groep patiënten die door hun EPA onvoldoende beslissingsbekwaam zijn, lukt het op dit moment niet altijd om de herstelondersteunende zorg en *evidence-based medicine* optimaal te combineren.

De kracht van zowel de herstelondersteunende benadering (met regie bij de patiënt en een holistische benadering) en het medische model (met effectieve behandelinterventies) zijn beide evident en staan niet ter discussie. De Koning stelt vanuit haar praktijkervaring de groep patiënten met

AUTEUR

Koen Grootens, psychiater en opleider, Reinier van Arkel, 's-Hertogenbosch.

Correspondentieadres

Dr. Koen Grootens

E-mail: k.grootens@reiniervanarkel.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-4-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(5):333-335

therapieresistente schizofrenie centraal, met als bekend praktijkdilemma dat het levensreddende clozapine niet door alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen daadwerkelijk wordt gebruikt.

De strekking van dit verhaal is echter van toepassing op alle patiënten met EPA, en daarbij gaat het niet alleen over farmacotherapie. We kunnen ook de onderbehandelde verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsstoornissen in deze discussie betrekken, of de ernstige stemmingsstoornissen met een laag aantal patiënten dat behandeld wordt met elektroconvulsietherapie (ECT) (Scheepens e.a. 2019). Uiteraard zijn er ook allerlei factoren aan de kant van de behandelaars voor 'pseudotherapieresistentie' (zie Steegen e.a. 2021) en hebben patiënten ook het recht om andere besluiten te nemen dan hun dokters adviseren.

Beslissingsbekwaamheid

Het lijkt er echter op dat we in de psychiatrie de toetsing van beslissingsbekwaamheid over besluiten (ook wel 'wilsbekwaamheid') impliciet doen of zelfs achterwege laten. In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is opgenomen hoe we om kunnen gaan met situaties waarin een patiënt zijn of haar eigen belangen onvoldoende kan behartigen. Bij een delier in het ziekenhuis behandelen we zo zonder toestemming van de patiënten - na overleg met naasten van patiënt - met haloperidol

omdat het goede medische zorg is volgens onze richtlijnen. In de andere takken van de psychiatrie wordt de beslissingsbekwaamheid niet expliciet getoetst en proberen we patiënten pragmatisch te blijven overtuigen met argumenten, zo mogelijk in gelijkwaardig behandelcontact en met de naasten erbij. Ik zie aiossen en psychiaters om mij heen steeds op zoek naar *windows of opportunity* om te behandelen en hoor geregeld collega's tegen hun patiënten zeggen dat ze hun een bepaalde behandeling 'gunnen'.

Beslissingsbekwaamheid is niet eenvoudig te peilen, is graadueel van aard en kan fluctueren (Liégeois & Eneman 2017). De Koning gaat wel in op het thema ziekte-inzicht en het dilemma dat patiënten een voorkeur kunnen hebben die kan indruisen tegen hun onderliggende wil. Ziekte-inzicht zou gezien kunnen worden als een onderdeel van beslissingsbekwaamheid, waarbij we ook formele en inhoudelijke denkstoornissen moeten betrekken.

Ethiek

Onze benadering is dus empathische overreding tot het echt niet meer kan en behandelingen en behandelrelaties muurvast komen te zitten. Pas dan wordt conform de Wet verplichte ggz (Wvggz) dwangbehandeling aangevraagd op basis van het optreden van 'ernstig nadeel'. Wat zegt dit over onze ethiek? Zijn we een medische beroepsgroep om ernstig nadeel te voorkomen? In de eed van Hippocrates staat echter niet 'bestrijd ernstig nadeel', maar een aantal positiever geformuleerde uitgangspunten zoals 'de geneeskunst zo goed als mogelijk uit te oefenen ten dienste van de medemens' (van Everdingen & Horstmanshoff 2005). Het is vooraf natuurlijk lastig te zeggen wat goed uit zal pakken, omdat de slagingskans van een behandeling lastig te voorspellen is, net als in andere medische disciplines. Daarnaast komt in onze eed het aloude hippocratische principe van 'primum non nocere' – allereerst niet schaden – terug. Dat is in de psychiatrie nog complexer omdat we meerdere kansen op schade moeten afwegen. Behandelingen kunnen schaden en het doorbreken van de autonomie van de patiënt ook.

Maar onbehandelde psychiatrische stoornissen zijn ook schadelijk. Het lijkt er nu op dat we een werkwijze hebben ontwikkeld waarbij de kans op schaden van de autonomie impliciet het zwaarst weegt. Het vinden van een optimum vraagt volgens mij om casusspecifieke afweging waarbij we het kunnen hebben over zowel 'ernstig nadeel' als een reële kans op 'ernstig voordeel'.

Moreel beraad

Ik wil voorstellen om onze huidige werkwijze uit te breiden met een standaard morele toetsing voor alle patiënten met EPA én verminderde beslissingsbekwaamheid waarbij problemen in de gedeelde besluitvorming en adherentie zijn ontstaan en verplichte zorg wordt (her)overwogen. Niet om de ouderwetse autoritaire doktersrol weer op te pakken, maar om behandelmogelijkheden waar patiënten ook recht op hebben te expliciteren en het proces van gedeelde besluitvorming met de patiënt te optimaliseren.

In deze benadering is er ruimte voor de (ervarings)deskundigheid van alle betrokkenen in het netwerk én een expliciet doktersadvies. Je zou mijn voorstel ook kunnen zien als een pleidooi om de schade van een te late of suboptimale behandeling van EPA als een 'ernstig nadeel' mee te nemen in de morele en juridische afweging en daarnaast meer partijen aan het woord te laten in de afweging voor gedwongen zorg.

Het moreel beraad heeft al een plek verworven in de ggz en wordt nu vaak op afroep ingezet (Vellinga & Melle-Baaijens 2016). Ik pleit ervoor dit te formaliseren en te koppelen aan de juridische toets voor verplichte zorg zoals we die nu ook al hebben in de Wvggz. Laten we elementen van de herstelondersteunende zorg en evidence-based medicine integreren in een morele afweging over gedwongen behandeling. Praktisch denk ik aan zorgconferenties met minimaal de aanwezigheid van de patiënt zelf, de naasten die de waarden van patiënt kennen en verder kunnen kijken dan de actuele voorkeuren, een ervaringsdeskundige, de psychiater die ervaring en wetenschappelijke (prognostische) kennis inbrengt en de finale juridische afweging. Uiteraard kunnen in de gevallen die Mulder e.a. (2021) beschrijven ook andere deelnemers van het sociale domein aanwezig zijn.

Een beoordeling van de mate van beslissingsbekwaamheid maakt onderdeel uit van het proces en deze kan in bepaalde gevallen ook onafhankelijk door een tweede psychiater worden getoetst. We hebben geleerd van de geschiedenis en zullen het voorzitterschap van het moreel beraad niet toewijzen aan de behandelend psychiater, zodat deze de rol als behandelaar zuiver behoudt. En mogelijk wordt deze rol als pleitbezorger voor optimale afgewogen zorg van de psychiater in bepaalde gevallen zelfs wat explicieter, nu het gewicht van de besluitvorming door meerderen wordt gedragen.

Ook voor de psychiatrische wetenschap zie ik een belangrijke rol toebedeeld. We moeten streven naar duidelijkere prognostische schattingen van de effecten van het wel/niet inzetten van verplichte zorg in gegeven situaties. Net zoals bijvoorbeeld oncologen en nefrologen zouden wij een landelijk casusregister kunnen opzetten over onze besluiten uit het moreel beraad. Daarbij zouden we ook bij moeten houden wat de kansen qua behandeluitkomsten en tevredenheid zijn van patiënten en de netwerkpartners na het uitvoeren van een bepaalde verplichte zorg.

De besluitvorming kan met het invoeren van een moreel beraad meer recht doen aan zowel de wil van patiënten en hun netwerk, de maatschappelijke opdracht voor onze beroepsgroep en de wetenschappelijke kennis die voorhanden is. En wordt het dan allemaal perfect? Nee, vast niet. Maar we krijgen zo hopelijk wel zo goed mogelijke, moreel afgewogen zorg, waarbij niemand over het hoofd wordt gezien.

LITERATUUR

- Everdingen JJE van, Horstmanshoff HFJ. De nieuwe Nederlandse art-seneed. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2005; 149: 1062-7.
- Koning MB de. Herstelondersteuning, de behandelrelatie en het risico van onderbehandeling. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 159-61.
- Liégeois A, Eneman M. Een ethische reflectie op bemoeizorg in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 103-10.
- Mulder CL, Liégeois A, van Vugt M, Westen K, Delespaul P, Kroon H. Van bemoeizorg naar assertieve behandeling als regulier aanbod vanuit de ggz. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 203-8.
- Scheepens DS, van Waarde JA, Lok A, Zantvoord JB, de Pont BJHB, Ruhé HG, e.a. Elektroconvulsietherapie bij persisterende depressie in Nederland; zeer lage toepassingsgraad. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 16-21.
- Steegen G, Catthoor KCEER, Sabbe BGC, Dreesen T, Vandendriessche F, Detraux J. Tussen respons en resistentie: pseudoresistentie bij de behandeling van een depressieve stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 189-96.
- Vellinga A, van Melle-Baaijens EAH. Moreel beraad: tijd voor ethische reflectie in de dagelijkse praktijk van de ggz. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 207-14.