

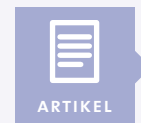
Behandelimpasse bij een patiënt met paranoïde denkbeelden en een testiscarcinoom doorbroken door gecombineerde inzet WGBO én Wet Bopz

G.M. MANSCHOT, A.J.K. HONDIUS, M. M. VAN DIJK, A. HONIG

SAMENVATTING Behandelaren die psychiatrische patiënten met somatisch lijden willen behandelen, komen vaak terecht in een spagaat tussen de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Ter illustratie hiervan beschrijven wij een casus van een 50-jarige man met een vermoedelijk seminoom en paranoïde denkbeelden bij een autistische stoornis die noodzakelijk onderzoek en behandeling afhiel. Meerdere zittingen met de rechtbank en de disciplineoverstijgende aanpak leidden uiteindelijk tot een succesvolle behandeling en een tevreden patiënt. Het nieuwe wetsvoorstel Wet Verplichte ggz (WvGGZ) zal hopelijk bijdragen aan het overbruggen van de tweedeling.

TIJDSCRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)9, 680-683

TREFWOORDEN testiscarcinoom, wilsonbekwaamheid, Wet verplichte ggz



ARTIKEL



Patiënten met een chronische psychiatrische stoornis leven gemiddeld 20 jaar korter dan patiënten zonder psychiatrische stoornis; dit geldt zelfs na correctie voor suïcide (Wahlbeck e.a. 2011). Er zijn meerdere verklaringen voor deze oversterfte, waaronder onderbehandeling van psychiatrische patiënten of een gebrek aan medewerking aan somatische behandeling door psychiatrische patiënten als gevolg van ontbrekend ziektebesef. Wanneer een arts te maken krijgt met een psychiatrische patiënt die een somatische behandeling weigert, ontstaat er vaak verwarring: moet er nu gehandeld worden volgens de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en/of de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)? (Mertens e.a. 2000). Wij presenteren een patiënt bij wie wij ons voor dezelfde vraag gesteld zagen. We bespreken (on)mogelijkheden van de huidige wetgeving, de route die we gekozen hebben om de behandelimpasse te doorbreken en de te verwachten mogelijkheden van het wetsvoorstel verplichte ggz (WvGGZ).

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 50-jarige Nederlandse man met een blanco somatische voorgeschiedenis, consulteerde zijn huisarts wegens een pijnlijke zwelling in zijn linker hemiscrotum, die sinds een paar maanden bestond. De huisarts dacht aan een ontsteking. Nadat een antibioticumkuur geen verbetering gaf, verwees de huisarts patiënt door naar de uroloog in ons ziekenhuis. De uroloog vond bij palpatie een zeer vast aanvoelende, onregelmatig vergrote linker testis. Echografisch onderzoek toonde inhomogene nodulaire afwijkingen in de linker testis die deden denken aan maligniteit en multipale microcalcificaties in de rechter testis. Gezien de leeftijd van patiënt vermoedde de uroloog een seminoom. Zij besprak deze voorlopige diagnose met patiënt.

Patiënt weigerde een CT-scan ter stadiëring van de tumor te ondergaan. Hij stond erop de tumor zelf te behandelen met dagelijkse inname van bakpoeder, geïnspireerd door een publicatie op internet. Ook na herhaalde uitleg (in het kader van *informed consent*) over de gunstige prognose van de behandeling van testistumoren en de risico's van uitstel van diagnostiek, bleef patiënt aanvullend onderzoek wei-

geren. De uroloog stelde vast dat patiënt wilsonbekwaam was ter zake van deze weigering. Zij legde contact met zijn wettelijk vertegenwoordiger, zijn ouders. De ouders respecteerden de keuze van hun zoon en gaven geen vervangende toestemming voor onderzoek.

Hierop besprak de uroloog haar bevindingen met de huisarts, die vervolgens de crisisdienst inschakelde. Uit dossieronderzoek door de crisisdienst bleek dat patiënt drie jaar eerder was gezien door de ggz en dat bij hem een autistische stoornis was gediagnosticeerd. Hij had zich daarna onttrokken aan behandeling. Verder concludeerde de crisisdienst na een diagnostisch gesprek met patiënt dat hij comorbide paranoïde denkbeelden had en dat hij wilsonbekwaam was ter zake weigering van urologische diagnostiek.

Hierna legde de uroloog de casus voor aan een team van urologen, een radiotherapeut, een oncoloog en een psychiater uit het eigen ziekenhuis. Het team was van mening dat door de beperkte urologische diagnostiek, de noodzaak voor operatie onvoldoende kon worden bepaald. Het team adviseerde een 'tweesporenbeleid': vasthoudend zijn in het verkrijgen van toestemming voor aanvullend onderzoek én patiënt verwijzen naar de ziekenhuispolikliniek Psychiatrie om via een psychiatrische benadering het gesprek over zijn ziekte te openen.

Patiënt stond open voor deze verwijzing. De psychiater zag een goed verzorgde man die formeel in contact was. Het denken was wijdlopig, inhoudelijk gepreoccupeerd met het behouden van de volledige regie over zijn behandeling. Opvallend genoeg stemde patiënt tijdens het gesprek met de psychiater in met het verrichten van een CT-scan. De vraag was of deze instemming wilsbekwaam was en of de ouders toestemming moesten geven. Echter, omdat een CT-scan geen schade zou doen aan de patiënt en juist het behandelproces zou faciliteren, besloot het team deze toestemming ter zake als wilsbekwaam gegeven te beschouwen (Vinkers e.a. 2014).

De CT-scan liet een lymfklier para-aortaal zien met een doorsnede van 3,5 cm, zonder aanwijzing voor andere metastasen. Dit paste bij de waarschijnlijkheidsdiagnose testisseminoom stadium IIb. Een orchidectomie met aanvullend chemotherapie of radiotherapie zou een ziekte-vrije 4-jaarsoverleving van 93% opleveren (Landelijke richtlijn Testiscarcinoom).

Patiënt zegde ten slotte zijn medewerking aan een operatie toe, maar verscheen echter niet. Daarop nam de uroloog contact op met zijn ouders, die vertelden dat hun zoon naar eigen zeggen de stem van God had gehoord die had gesproken over volledige genezing van de tumor. Hierna had patiënt halsoverkop hun huis verlaten om 'tot rust te komen in het buitenland'.

De crisisdienst werd wederom ingeschakeld en trof patiënt

AUTEURS

GAYA M. MANSCHOT, arts in opleiding tot psychiater, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam; thans: psychiater, Spoed Eisende Psychiatrie, Arkin, Amsterdam.

ADGER J.K. HONDIUS, psychiater Lelystad, geneesheer-directeur GGz Centraal, Veluwe/Veluwevallei, Flevo en Kinder & Jeugd, Ermelo/Almere.

MARLEEN M. VAN DIJK, uroloog, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam; thans: Haga Ziekenhuis, Den Haag.

ADRIAAN HONIG, bijzonder hoogleraar Ziekenhuispsychiatrie, VUmc, en psychiater, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

G. M. Manschot, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Eerste C. Huygensstraat 38, 1054 BR Amsterdam.
E-mail: gaya.manschot@ggzspa.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-4-2015.

in zijn eigen huis aan. Er werd een acute paranoïde psychose vastgesteld, in samenhang met intoxicatie van cannabis. Patiënt werd met een inbewaringstelling opgenomen op de afdeling Psychiatrie van ons ziekenhuis. Op de afdeling bleef hij paranoïde getinte uitspraken doen, nam hij dagelijks bakpoeder in, maar weigerde antipsychotische medicatie.

De psychiater vroeg een rechterlijke machtiging aan (RM; art. 2 Wet Bopz), maar de rechter wees het verzoek af omdat 'onvoldoende is aangetoond dat de psychiatrische stoornis gevaar veroorzaakt'. Patiënt kon op dat moment met ontslag maar vroeg zelf om het verrichten van een tweede CT-scan 'om het effect van het bakpoeder te objectiveren'. Deze CT-scan toonde toename van het aantal para-aortale lymfklieren. Met deze nieuwe informatie diende de psychiater dezelfde week opnieuw een verzoek voor een RM in. Ditmaal kende de rechter de machtiging voor de duur van zes maanden wél toe.

Patiënt sprak na deze uitspraak voor het eerst met de psychiater over zijn angst voor de operatie. Hij accepteerde de voorgeschreven anxiolytica en antipsychotica en stemde in met een operatie. Wederom was de vraag in hoeverre er sprake was van wilsbekwaam informed consent, maar er was geen verzet van patiënt én er was akkoord van zijn vertegenwoordigers.

De uroloog verrichtte een orchidectomie links en nam een biopt van de rechter testis. Er bleek inderdaad sprake te zijn van een testisseminoom; het biopt toonde geen maligni-

teit. Vervolgens accepteerde patiënt radiotherapie op de para-aortale en iliacale klieren, waarna hij onder controle bleef bij de polikliniek Urologie en in psychiatrische dagbehandeling. Patiënt en zijn ouders keken met tevredenheid terug op het behandelproces.

BESPREKING

Juridische tweedeling

In Nederland is in het gezondheidsrecht sprake van een soort cartesiaanse tweedeling naar lichaam en geest. Betreft het een psychiatrische stoornis die gevaar veroorzaakt, dan is de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) van toepassing. Gaat het om het voorkomen van ernstig nadeel voor de somatische gezondheid, dan geldt de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Wilsonbekwaamheid

Wilsonbekwaamheid wordt in beide wetten gedefinieerd als 'niet in staat [...] worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake' (Wet Bopz art 38a lid 4; WGBO art 456 lid 3). Wilsonbekwaamheid is afhankelijk van de manier waarop de beslissing van de patiënt tot stand komt. Een redelijk 'nee' tegenover een professioneel voorstel tot een bepaalde behandeling maakt de patiënt niet wilsonbekwaam; een onredelijk 'ja' in overeenstemming met een voorstel van een professional, maakt patiënt ook niet ineens wilsonbekwaam. Wilsbekwaamheid – altijd ter zake van iets – kan fluctueren per context en in de tijd: wel wilsonbekwaam voor onderzoek, maar niet voor behandeling. Ook kan wilsonbekwaamheid wisselen in de tijd: eenmaal wilsonbekwaam is niet blijvend onbekwaam.

Dwangbehandeling

Onder de WGBO is wilsonbekwaamheid leidend bij het besluit tot dwangbehandeling. Dat betekent dat indien een patiënt wilsonbekwaam is ter zake en zich verzet tegen behandeling, een arts alleen kan behandelen als ernstig nadeel voor de (somatische) gezondheid moet worden voorkomen én als de (wettelijk) vertegenwoordiger vervangende toestemming geeft. Het informed consent van de vertegenwoordiger is dus leidend, mits sprake is van 'een goed vertegenwoordiger'. In spoedeisende gevallen kan men dit soms niet afwachten en moet men 'onverwijld' handelen (WGBO art 466 lid 1). Dat staat in contrast met de Wet Bopz. De aanwezigheid van gevaar voortkomend uit de geestesstoornis is leidend bij de besluitvorming om dwangbehandeling toe te passen. Of een patiënt wel of niet wilsonbekwaam is en of een vertegenwoordiger wel of geen toestemming heeft gegeven, staat daar feitelijk los van.

Wetsvoorstel Verplichte ggz

In de nabije toekomst (2016/2017) zal de Wet Bopz vervangen worden door de Wet Verplichte ggz voor psychiatrische patiënten (WvGGZ). Daarin zal het mogelijk worden een patiëntvolgende zorgmachtiging van de rechter te verkrijgen die ook ambulante ten uitvoer kan worden gebracht. Een *stepped-care* benadering wordt mogelijk: zo licht als mogelijk en zo zwaar als noodzakelijk. Indien het gedrag van een persoon als gevolg van zijn of haar psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor zijn fysieke gezondheid, kan ook verplichte zorg worden verleend om zijn fysieke gezondheid te stabiliseren of te herstellen (art 3:4 WvGGZ). De relevante bepalingen van de WGBO zijn dan niet meer van toepassing.

Reflectie


Als we terugkijken op de casus had de uroloog vanuit de WGBO geen grond voor dwangbehandeling. Een (waarschijnlijk) seminoom is immers geen spoedeisend geval, de wettelijk vertegenwoordigers verleenden geen toestemming en er was een moreel bezwaar tegen opereren onder dwang. De psychiater kon patiënt onder de Wet Bopz wel onder dwang opnemen teneinde een vlucht te voorkomen met daaruit volgend gevaar voor onderbehandeling. Echter, dwangbehandeling kon niet worden gerechtvaardigd omdat er geen direct gevaar was dat voortvloeide uit de geestesstoornis.

Zou het beloop van onze casus anders geweest zijn onder de WvGGZ? De kernvragen uit de WGBO en de Wet Bopz die de behandelaren zich steeds gesteld hebben, waren: Staat het middel in verhouding tot het doel (proportionaliteit)? Wordt er begonnen met de minst invasieve ingreep (subsidiariteit)? Hoe is de effectiviteit van het middel (doelgerichtheid)?

Wij zijn van mening dat in het geval van de WvGGZ dezelfde afwegingen centraal zouden staan. Interessant is de vraag hoe rechters zullen reageren op de mogelijkheid van verplichte zorg voor herstel van fysieke gezondheid binnen de WvGGZ. Was bij de eerste aanvraag de rechterlijke machtiging dan mogelijk wel afgegeven?

CONCLUSIE

Een casus zoals wij beschreven, vergt een multidisciplinaire aanpak, een lange adem en een reflecterend vermogen op het eigen handelen van zowel behandelaren, die terecht terughoudendheid betrachten bij het toepassen van dwang, alsook van rechters, die de criteria van de Wet Bopz moeten interpreteren. Het recht op een wilsonbekwame zelfbeschikking blijft daarbij een groot goed. Het nieuwe wetsvoorstel lijkt de cartesiaanse zoektochten gelukkig uit de weg te gaan ruimen.

 Tineke E. Stikker, jurist, GGZ Nederland, Amersfoort, verzorgde de uitleg van juridische kaders.

LITERATUUR

- Landelijke richtlijn Testiscarcinoom. Integraal Kankercentrum Nederland; 2009. <http://www.oncoline.nl/testiscarcinoom>.

- Mertens JBC, Scherders MJWT, Van den Borne BEEM, Smeenk FWJM. Beleid bij een psychiatrische patiënt met een levensbedreigende en besmettelijke vorm van longtuberculose die behandeling weigert. Ned Tijdschr Geneeskd 2000; 144: 480-3.

- Vinkers CH, Van de Kraats GB, Biesart MC, Tijdink JK. Is mijn patiënt wilsbekwaam? Volg de leidraad. Ned Tijdschr Geneeskd 2014; 158: A7229.
- Wahlbeck K, Westman J, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry 2011; 199: 453-8.

SUMMARY

Resolution of a treatment impasse by combining two Dutch laws regarding a patient with paranoid thoughts and a testicular cancer

G.M. MANSCHOT, A.J.K. HONDIUS, M. M. VAN DIJK, A. HONIG

Doctors dealing with patients who simultaneously have both psychiatric and somatic disorders often find themselves 'trapped' between two Dutch laws, the WGBO (the Law on the Medical Contract) and the Bopz (Law on Compulsory Admission to Psychiatric Hospitals). In order to illustrate a typical situation we present a case-study concerning a 50-year-old male with a probable seminoma testis and paranoid thoughts arising from an autistic disorder. The patient had refused the investigations and treatment that were considered necessary. His compulsory attendance at the Court of Law and the adoption, by the doctors, of a multidisciplinary approach led to a successful outcome and patient satisfaction. We hope that the new Involuntary Mental Health Care Act (WvGGZ) will bridge the current gap between WGBO and the Bopz.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)9, 680-683

KEY WORDS decision making incapacity, Involuntary Mental Health Care Act, testicular cancer