

Wat is erger: ten onrechte opnemen of ten onrechte niet opnemen?

door R. E. Offerhaus

In een aantal inleidingen is al gesteld dat wat de inleider vertelde eerder vragen zou oproepen dan antwoorden zou geven, mijns inziens terecht. Over het algemeen is de situatie binnen de psychiatrie zodanig dat welk aspect men ook bij de kop vat, voor studie meer vragen ontstaan dan antwoorden. Toch is het niet mogelijk in het dagelijks werk, keuzen uit de weg te gaan. Wil althans het werk van alledag voortgang kunnen vinden. Deze keuzen kunnen echter, hoe verdrietig dit ook is, in ons vak nog vaak niet gestoeld worden op antwoorden, op kennis. En dus moet ieder voor zich daarin zijn eigen keuze doen. Dat een keuze in het medische werkveld niet tot 100% gunstige resultaten kan leiden, is bekend. De biologie, of zo men wil, de pathologie, richt zich niet naar ons en onze denklijnen. Hoe zorgvuldig wij (ook in de verder ontwikkelde delen van de geneeskunde) trachten beslissingen te nemen op geleide van voorhanden zijnde kennis, toch zal altijd blijken dat er fouten gemaakt worden binnen het beslissingsproces. Fouten, niet op basis van ondeskundigheid, fouten die ook niet aan iemand persoonlijk toe te schrijven zijn, maar fouten op basis van het gegeven dat de biologie zich niet in een star wetenschappelijk kader laat persen.

Als voorbeeld hiervan zou ik willen vertellen over de ervaring die ik heb gehad in de opleiding, eerst op de afdeling neurologie, later op de afdeling neuro-chirurgie. Op de neurologische afdeling heerste een zorgvuldig op onderzoek gegrondveste conservatieve aanpak bij de hernia nucleï pulposi. De cliënt werd behandeld met bedrust en slechts wanneer er geen herstel optrad en de röntgenfoto duidelijke indicaties gaf, werd de cliënt naar de neuro-chirurg verwezen. Op de neuro-chirurgische afdeling waar ik later kwam, werd veel directer, zoals dat dan heet 'agressiever', de problematiek aangepakt: zodra de röntgenfoto's tekenen toonden op grond waarvan verondersteld mag worden dat een tussenwervelschijfverweking had plaatsgevonden, werd er geopereerd. Dan kwam het soms voor dat er tijdens de operatie bleek dat er

Schrijver is werkzaam als psychiater bij de G.G. en G.D. te Rotterdam.

geen ernstige verweking van de tussenwervelschijf aanwezig was en verwijdering dus niet mogelijk, noch zinvol. Op deze afdeling werd naar aanleiding hiervan een keer gediscussieerd waarbij de conclusie was, dat het mogelijk was dat op deze afdeling een enkele maal een patiënt een operatie onderging, terwijl tijdens de operatie bleek dat daar toch geen noodzaak toe was, maar op de eerder genoemde neurologische afdeling daarentegen zonder twijfel mensen geweest zullen zijn, die bij eerder operatief ingrijpen of sneller of beter hersteld zouden zijn geweest.

Hoe men een grens ook trekt, hoe zorgvuldig deze ook gelegd wordt, met behulp van onderzoek, altijd zal blijken dat bij een aantal personen de op grond van de grens geïndiceerde ingreep of aanpak niet de ideale blijkt te zijn. Nu is het echter zo dat een operateur vandaag de dag met vertrouwen in de anesthesist, de patiënt onder narcose kan laten brengen en de operatie kan beginnen. Anaesthesie is heden ten dagen een vrijwel altijd volledig reversibele situatie. Dit geldt echter in veel mindere mate voor de psychiatrische opneming. Zeker een dwangopneming heeft een aantal gevolgen en een deel daarvan is irreversibel. Vraag is dan of het irreversibel deel nadelen bevat. En of deze irreversibele nadelen opwegen tegen de voordelen die de ingreep biedt.

Scheff (1966) vermeldt dat er in het medisch denken, twee typen fouten worden herkend, type 1: de medicus ziet een ziek persoon aan voor gezond, type 2: de medicus ziet een gezond persoon aan voor ziek. Op goede en deugdelijke gronden wordt in het algemeen in de medische wereld de fout van het type 1, namelijk de medicus acht een ziek persoon gezond te zijn, als de meest ernstige gezien. Er wordt dan ook sterk naar gestreefd dit type fout te vermijden. Het is echter de vraag of de psychiatrie dit denken en deze voorkeur moet volgen. Om een vergelijking met de juridische denkwereld te trekken; daar is de situatie geheel anders. Daar is de grootste fout het behandelen van een onschuldige alsof deze schuldig is. Ook speelt bij dit vraagstuk dat de psychiatrie niet een zuiver medisch doch een medisch en sociaal vakgebied is. Wij, als psychiaters, kunnen ons niet alleen richten naar de medische ethiek, we zullen ook rekening moeten houden met bijvoorbeeld de genoemde juridische ethiek. Bij de dwangopneming is immers zowel sprake van een medische, als van een juridische situatie: vrijheidsbeneming. Scheff kiest voor het standpunt dat de psychiatrie zich meer zou moeten richten naar de juridische ethiek. Ik volg hem daarin. Niet alleen omdat een dwangopneming een sterk juridisch-ethisch aspect in zich bergt, maar ook vanwege het feit, dat de psychiatrie nog niet over een voldoende duidelijk en gefundeerd gegeven- en kennispakket beschikt om waar te kunnen maken, (hard heet dat dan in het jargon) dat een dergelijke opneming bij die persoon op dat moment ook noodzakelijk is. Hiermee verschilt de psychiatrie van de algemene somatische geneeskunde. Er ontbreekt het uitvoerige chemisch-fysisch gegevenpakket, in korte tijd te verzamelen, aan te vullen met röntgendata en andere terzakedoende gegevens. Wanneer men daarnaast ziet dat

de gemiddelde opname in het algemeen ziekenhuis in Nederland slechts 15 dagen duurt, dan zal het duidelijk zijn, dat in de algemene somatische geneeskunde een opname ook nog een heel andere betekenis heeft dan in de psychiatrie. In het psychiatrisch centrum is de opnameduur vele malen hoger.

Voorspelbaarheid van gebeurtenissen is iets wat op methodologische gronden slechts mogelijk is bij veel voorkomende gebeurtenissen. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat de psychiater in het algemeen gesteld, een slechte voorspeller is. We hebben het dan over het punt dat de één zich voor de beslissing gesteld: 'dwangopneming ja of nee?' de nadruk zal leggen op 'veiligheid' terwijl de ander zich meer progressief achtend, de nadruk zal leggen op 'vrijheid'. Beide zijn begrippen van een zelfde factor, polair functionerend. Als wij daarbij letten op het aspect 'gevaar', dan hebben wij het gelukkig over een uiterst zeldzaam optredende situatie. Wanneer we kijken naar de frequentie van moord danwel van zelfmoord, dan hebben we te maken met in het eerste geval een gebeurtenis die zo'n honderd maal per jaar in Nederland optreedt en in het tweede geval met een gebeurtenis die in de orde van drie à vierduizend maal per jaar optreedt. Dit bij een bevolking van een dertien à veertien miljoen personen. Rossen (1954) stelt dat kansberekening altijd gebaseerd dient te zijn op voorafgegane gebeurtenissen. Hij berekent dan dat, wil men met zekerheid dertig personen aanwijzen die zelfdoding zullen plegen, het nodig is om drieduizend mensen aan te wijzen. Het is namelijk niet bekend wie van deze drieduizend de bewuste dertig zullen zijn. Dit betekent dus dat men, wanneer men met absolute zekerheid wil werken (wat betreft bovengenoemde polariteiten aan de kant van 'veiligheid' wil gaan zitten), er honderd maal zoveel personen dienen te worden opgenomen en geobserveerd, dan er zelfdodingen zullen plaatsvinden. Zo komt natuurlijk de rekening van baten en lasten er geheel anders uit te zien. Wij hebben niet te maken met één persoon waarbij de mate van schade door de dwangopneming afgewogen moet worden, tegenover de mate van baat, maar het gaat dan, om honderd opgenomenen, met hun schade om één zelfdoding met zekerheid te voorkomen. Men zal begrijpen dat op grond van deze gegevens, het volstrekt onmogelijk is om zijn beleid geheel naar de kant van de 'veiligheid' te stellen. Men zou dan zeer veel schade doen door zeer grote aantallen mensen te hospitaliseren zonder dat daar achteraf kijkend dan een noodzaak voor zal blijken te zijn geweest.

Onderzoek naar het effect van voorspelling van psychiaters is tot onze verbazing slechts in een twaalfstal studies gepubliceerd gevonden. Meestal gaat het om Amerikaans onderzoek waarbij er verschil van opinie was tussen arts en rechtbank en waarbij de rechtbank personen uit de behandeling ontsloeg, waarna vervolgens werd onderzocht of dit leidde tot het optreden van gevaarlijke situaties. De betroffenen groepen zijn bekend als de Baxtrom-groep en Menard 17. Opvallend in de conclusies van deze artikelen is het feit dat blijkt dat psychiaters altijd meer anti-sociaal gevaarlijk

gedrag voorspellen dan er optreedt. Een typisch verschijnsel van het medisch denkkader waarbij als grootste fout het niet-onderkennen van pathologie wordt gezien. Daardoor wordt de voorspellingswaarde echter slechter dan die van acturiële technieken, reclasseringsambtenaren of maatschappelijk werkers. Voor al deze vakgebieden geldt in deze problematiek waarbij het gaat om voorspellen van gevaarlijke situaties: er zijn geen bakens van wetenschappelijke aard waarop men zich kan richten. Het gaat om een keuzeprobleem. Eén van de factoren die tot nu toe nog niet is genoemd, is het feit, dat wanneer iemand zonder dat daar reden voor is, gedwongen in een psychiatrisch centrum opgenomen wordt, er weinig reacties zijn en zeker geen persreacties, terwijl wanneer een arts niet opneemt in een psychiatrische instelling en daarna gebeurt er iets, dit uitvoerig in de pers ten tonele gevoerd wordt. Men kan zeggen, het publiek ondersteunt het medisch denkkader (beter te veel opgenomen, dan te weinig) inzake de problematiek van de dwangopneming.

Tenslotte een verslag van een onderzoek wat ik zelf laatst heb gedaan. Hierbij werd een longitudinale vragenlijst-analyse gedaan over de bevolking van de chronische sector van de St. Bavo in 1974 en in 1977 en daarbij bleek, toch wel tot mijn verrassing, dat de personen die in die periode zelfdoding gepleegd hadden duidelijk herkenbaar waren in de depressiviteits-schaal uit de vragenlijst (BOP). Het betrof acht personen die zelfdoding hadden gepleegd tegenover 334 die dat niet gedaan hadden. Wanneer we dan echter kijken naar de individuele situatie, dan zien we dat van de veertien personen die de hoogste score hadden bereikt op deze depressiviteits-schaal, twee met succes een zelfdoding hebben gepleegd, twee anderen door lichamelijke ziekten overleden zijn tussen 1974 en 1977 en de anderen allemaal nog in leven zijn, waarbij één van hen in een zeer slechte psychische conditie is op dit moment. Dat betreft de hoge scores op deze schaal. Onder de personen, die op deze schaal 0 scoorden, vinden wij twee personen die zich door zelfdoding om het leven gebracht hebben. De één behorende tot de manisch-depressieve psychose, die kennelijk geobserveerd is in een goede fase. De ander heeft zelfdoding gepleegd na een ernstig hernieuwd familieconflict. Ik meen dat je hieruit de conclusie kan trekken dat het op zichzelf mogelijk is, met behulp van de huidige technologie 'hoge-risicogroepen' aan te wijzen. Ik meen dat dit onderzoek tegelijkertijd aangeeft dat men dit 'hoge-risico' niet kan individualiseren dus niet kan stellen: die persoon zal dit of dat gedrag gaan vertonen en een andere persoon die op een andere wijze scoort zal dat niet. We kunnen de situatie waarin de psychiater verkeert die over een dwangopneming een beslissing moet nemen nu als volgt beschrijven: hij heeft allereerst op grond van persoonlijke inzichten en ervaringen en vrijwel niet onderbouwd door wetenschappelijk verworven kennis keuze gedaan op de as die loopt van 'veiligheid' aan de ene kant tot 'vrijheid' aan de andere kant. Hij bevindt zich daarbij in een situatie die in geen enkel opzicht in overeenstem-

ming is met de eisen die een zorgvuldig en verantwoord-beslissingsproces stelt. Ik vind dat het juist is dat de psychiater in deze situatie weigert een beslissing te nemen. Ik vind dat het noodzakelijk is dat de psychiatrie weigert te functioneren wanneer niet eens aan de allereerste en de meest primitieve noodzakelijke voorwaarden tot functioneren voldaan is. Dit geldt helemaal niet alleen ten aanzien van de situatie bij het beslissen over de dwangopneming, dit geldt evenzeer voor de huisvesting van langverblijvende psychiatrische patiënten, voor personeelsvoorzieningen enz. Mijns inziens dient de psychiater te weigeren zich in een zodanige beslissingssituatie te laten dringen dat men in feite beter kan spreken over een non-beslissingssituatie. Het gaat niet om een of andere oppervlakkige zaak, maar om een van de meest 'agressieve' interventies, die de psychiatrie kent. Van gelijke orde als: isolatie, depotmedicatie, en onder dwang op een gesloten afdeling plaatsen. Ik zou dan ook als voorwaarde willen stellen: wil men komen tot een beslissing over een dwangopneming dan moet tenminste 24 uur verlopen zijn tussen de eerste aanvraag en de beslissing. En dan bedoel ik dat niet alleen die 24 uur verlopen zijn maar ook dat in die 24 uur intensief psychiatrisch gewerkt is en wel zodanig dat de beslissing die dan genomen wordt betreffende de persoon in kwestie zeer zorgvuldig is voorbereid. Ten tweede zou ik als eis willen stellen, dat er bij een dergelijke beslissing altijd meer dan één hulpverlener in de besluitvorming wordt betrokken. Ik zie de wenkbrauwen al fronsen. Vermoedelijk enerzijds op grond van een verondersteld personeelstekort, vermoedelijk anderzijds op grond van zorgen over een debat wat dan telken male gevoerd wordt. Het is heel goed mogelijk dat daarbij één persoon aangewezen wordt als degene die uiteindelijk verantwoordelijk is en uiteindelijk de beslissing neemt. Desondanks meen ik dat er meer hulpverleners in het proces betrokken dienen te zijn die gezamenlijk de problematiek bespreken, waarna dan al na keuze of gezamenlijk of één van de groep de uiteindelijke keuze doet. Ook dan blijven natuurlijk nog fouten gemaakt worden zoals al in het begin is gesteld. In ieder geval kan men dan stellen dat de situatie met de nodige zorgvuldigheid benaderd is. Ook moet bij deze beslissing rekening gehouden worden met de afdeling waar de betrokken persoon geplaatst wordt. Dit is echter al door vele van de voorgaande inleiders gesteld, dus daar hoeft ik niet nader op in te gaan. Slechts wil ik in het algemeen opmerken dat ik van mening ben dat een afdeling waar een gedwongen opname plaats mag vinden aan hogere kwaliteitscriteria dient te voldoen dan de andere afdelingen.

Samenvattend kom ik dan tot de stellingname (het goede conservatieve standpunt): in dubio abstinence. Waar zoveel onzekerheid heerst binnen het beslissingsproces kan de psychiater mijns inziens alleen voldoen aan het eigen gevoel van verantwoordelijkheid wanneer hij ten aanzien van elke individuele situatie duidelijk kan argumenteren dat de gedwongen opname een verbetering van de situatie van de betrokkene zal betekenen. Is dat niet

duidelijk aan te geven dan dient mijn inziens de psychiater zich te onthouden van deze intensieve interventie die dwangopneming is.

Ik heb hier dan nog twee punten aan toe te voegen. Allereerst dat het de plicht van de psychiater is om op zorgvuldige wijze contact te zoeken met de doelgroepen, de hoge risicogroepen die wij kennen. Het doel hiervan is crisissituaties eerder te ontmoeten, op een moment waar met minder heftige interventies (bijvoorbeeld consultatie), beïnvloeding in gunstige zin nog mogelijk is. In het huidige organisatorische kader is de psychiatrie afwachting, vaak tot het moment dat er een zo heftige crisis is dat deze niet meer op andere wijze dan via opneming nog te beheersen valt. Ik zou willen dat de psychiatrie niet wacht tot het moment van de decompensatie, maar zelf actief en zorgvuldig met de leden van hoge-risico-groepen contact neemt.

Het laatste punt dat ik hier dan tenslotte nog wil noemen betreft de zelfdoding. Het element van gevaar in de vorm van de zelfdoding heeft andere morele en ethische betekenissen voor de hulpverleners dan het element van gevaar in de vorm van moord of doodslag. Zoals ook al in de verschillende andere inleidingen in de loop van de dag gesteld is, gaat het hier niet alleen om een medisch-ethisch probleem, maar ook om het culturele kader van normen en waarden. Ik ben erg blij met de introductie door collega Bakker van het begrip 'minimax-spijt' als bijzondere situatie bij beslissingsprocedures. Deze 'minimax-spijt' situatie doet zich veel voor in de geneeskunde. We hebben dan te maken met een patiënt in een zo maximaal mogelijke ongunstige situatie en de arts tracht zijn 'spijt-reactie' na de beslissing zo beperkt, zo minimaal mogelijk te houden. Ik denk dat wanneer je over zelfdoding denkt dat de 'minimax-spijt' bij iemand die in het traditionele rooms-katholieke milieu opgegroeid is, waar zelfdoding een van de ergste vormen van zonde geacht wordt te zijn van een geheel andere aard en intensiviteit zal zijn dan bij mij, waar de zelfdoding althans in religieuze zin geen specifiek kenmerk heeft meegekregen, opgegroeid zijnde in het hervormde milieu. Zelfdoding is voor mij niet anders qua betekenis dan overlijden, ziekte of ongeval. De 'minimax-spijt' zal bij mij bij zelfdoding dan ook niet van een andere orde zijn als wanneer ik als somatisch behandelende arts een patiënt door ziekte moet verliezen. Ik denk dat dit ook het basisgegeven is op grond waarvan ik t.a.v. dwangopneming bij dreiging van zelfdoding deze beperkt zou willen zien tot een in bewaring stelling. Geen rechterlijke machtiging dus en zodoende wordt dan de dwangsituatie bij deze indicatie beperkt tot zes weken maximaal.

Literatuur

- Dershowitz, A. (1970), The law of dangerousness: some fictions about predictions. *Journal of Legal Education*, 24-27.
Dershowitz, A. (1973), Preventive confinement: a suggested framework for

- constitutional analysis, *Texas Law Review*, 1277-1324.
- Rubin, B. (1972), Prediction of dangerousness in mentally ill criminals, *Arch. gen. Psychiat.* 397-407.
- Rappaport, R. J. en G. Lassen (1965), Dangerousness-arrest, rate comparisons of discharged patients and the population. *Amer. J. Psychiat.*, 776-783.
- Rossen, A. (1954), Detection of suicidal patients: an example of some limitations in the prediction of infrequent events. *J. Consult. Psychol.*, 397-403.