

Bemoeizorg en respect voor autonomie

J.J.A. JONGELEEN, C.L. MULDER

SAMENVATTING Twee patiënten die door hun waanstoornis in ernstige maatschappelijke problemen zijn gekomen, worden beschreven. Door gebrek aan ziektebesef is er geen hulpvraag en zijn ze niet in staat om zelf hun levensomstandigheden te verbeteren. Het team Vangnet & Advies van de GGD Rotterdam levert bemoeizorg en past dwangmaatregelen toe. In deze gevalbeschrijving wordt ingegaan op vraag wanneer dwang en drang gerechtvaardigd is en hoe dit zich verhoudt tot het respecteren van de autonomie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 9, 575-578]

TREFWOORDEN autonomie, bemoeizorg, drang, dwang, psychose

Bemoeizorg is een onderwerp dat binnen de geestelijke gezondheidszorg veel aandacht heeft gekregen (o.a. Boogaards e.a. 2001; Henselmans 1993; Philips e.a. 2001). Bemoeizorg wordt geboden aan mensen met ernstige psychiatrische stoornissen die uit zichzelf niet om hulp vragen. Gebrek aan ziektebesef, afwezigheid van lijdensdruk en/of negatieve ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg liggen meestal ten grondslag aan de afwezigheid van een hulpvraag. Een deel van deze groep zal op een onaanvaardbaar niveau belanden en in een sociaal isolement geraken. In dit soort situaties is het gewoonlijk de omgeving die alarm slaat wegens ongerustheid of overlast. Bij deze groep 'zorgwekkende zorgmijders' is het motto 'zolang er geen hulpvraag is, doen we niets' door de tijd achterhaald en heeft sinds enige tijd een actieve aanpak – bemoeizorg – zijn intrede gedaan.

Het team Vangnet en Advies (V&A) van de GGD Rotterdam houdt zich bezig met bemoeizorg voor daklozen en mensen die thuis onder zeer slechte omstandigheden leven (Jongeleen 2002). Een aantal van hen wijst hulp af en voor de anderen sluit de reguliere zorg niet aan op de zorgbehoefte van de patiënt. De afdeling stelt

zich ten doel om de reguliere zorg weer op gang te brengen en om de knelpunten en mogelijke lacunes in de zorg door te spelen naar de beleidsmakers.

Een dilemma waar de medewerkers van het team V&A steeds weer tegen aanlopen, is het bepalen van de grens van de bemoeizorg. Aan de hand van twee gevalbeschrijvingen uit 2002 gaan we in op de vraag wanneer bemoeizorg met het gebruik van dwang en drang gerechtvaardigd is, en wanneer er vanuit het respect voor de autonomie een terughoudend beleid gevoerd moet worden.

GEVALSBESCHRIJVING 1: SPROOKJESHUWELIJK

Een woningbouwvereniging deed een melding van een 78-jarige alleenstaande vrouw die in een sloopwijk woonde. Sommige panden waren door junks weer opengebroken en deden dienst als gebruiksruimte. Ondanks deze overlast weigerde zij te verhuizen en tweemaal had ze een aanbod voor een nieuwe woning afgeslagen. Haar weigering om te verhuizen illustreerde zij met het volgende, indrukwekkende verhaal. Tijdens

de tweede wereldoorlog verbleef patiënte in Duitsland er werd zij tijdens een feest verliefd. Van deze man kreeg ze een zoon, maar de liefde duurde maar kort. Met haar zoon keerde zij na de oorlog terug in Nederland. Patiënte hertrouwde een paar jaar later en kreeg nog 4 kinderen. Zij behoorde tot de Jehova's getuigen en op een dag zag zij een foto in hun blad waarop zij haar geliefde herkende die inmiddels een belangrijke positie bekleedde bij de Jehova's getuigen in Wenen. Vanaf die tijd stond haar leven in het teken van hereniging met haar geliefde. Bij een poging om Wenen te bereiken, werd ze onderweg door de politie in Duitsland opgepakt en in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen. De weigering van de nieuwe woning stond in verband met haar wens om naar Wenen te emigreren. Zij verwachtte elk moment door 'hem' opgehaald te worden. Zelfs de stof voor haar trouwjurk lag al klaar. Tevens bleek dat het grootste deel van haar AOW verdween naar goede doelen en een loterij. De enige zoon die nog contact met haar onderhield en haar financiën beheerde, kon nog net voorkomen dat zij uit huis werd gezet wegens huurschuld. De verpleegkundige van v&a stelde een zorgplan op met als doelen verhuizing, onderbewindstelling (Burgerlijk Wetboek, art. 431-449, Ministerie van Justitie 2002) en het realiseren van structurele zorg. Samen met het RIAGG, de gespecialiseerde thuiszorg en de woningbouwvereniging werd een stappenplan opgesteld. Eerst werd de onderbewindstelling aangevraagd bij de kantonrechter, vervolgens zegde de bewindvoerder de huur op. Tegelijkertijd kreeg zij een woning aangeboden, die door haar bewindvoerder geaccepteerd werd. Van tevoren introduceerden het RIAGG en de gespecialiseerde thuiszorg zich bij haar. Het lukte om haar te overtuigen van de noodzaak te gaan verhuizen door te zeggen dat ze in haar nieuwe woning verder kon wachten op haar geliefde. Inmiddels is de sloophamer op haar oude woning neergedaald en is mevrouw probleemloos verhuisd. De RIAGG-bemoeienis en de thuiszorg werden gecontinueerd. Uiteindelijk

gaf patiënte aan blij te zijn de beslissing voor de verhuizing te hebben genomen: 'ik kan nu tenminste nog even uitrusten voordat ik naar Wenen ga.'

GEVALSBESCHRIJVING 2: BRAND

Een 56-jarige alleenstaande vrouw werd aangemeld wegens overlast door vogels. Zij bleek met gulle hand vogelvoer op haar balkon te strooien, wat veel vogels aantrok. Patiënte leed aan paranoïde schizofrenie, een diagnose die tijdens een vroegere opname gesteld was. Er was geen ziektebesef. In haar woning leek het wel een opslag: alle voorwerpen maakten deel uit van haar persoonlijkheid en mochten de woning niet uit. Koken deed ze op een primus in de woonkamer. Gas en elektriciteit had ze laten afsluiten omdat deze haar gedachten beïnvloedden. Om huisuitzetting en verder afglijden te voorkomen, werd het RIAGG ingeschakeld, maar patiënte deed de deur niet open en het RIAGG zag af van verdere bemoeienis. Na 2 maanden kwam via de woningbouwvereniging het signaal dat patiënte zou worden uitgezet wegens huurschuld. Er ontstond een dilemma: laten uitzetten of laten opnemen op een psychiatrische afdeling met een rechterlijke machtiging (RM). De derde mogelijkheid was haar autonomie zoveel mogelijk te respecteren en de huur automatisch te laten betalen door middel van een onderbewindstelling. Voor deze mogelijkheid werd gekozen en zo kon ze er toch blijven wonen. Van stankoverlast was op dat moment geen sprake. Na een aantal jaren vervuilde zij haar woning steeds meer. Op het moment dat ze met haar primus brand veroorzaakte, werd een RM afgegeven. Na 4 maanden klinische behandeling met vrijwillige inname van antipsychotica, kon ze worden overgeplaatst naar een beschermde woonvorm. Terugkijkend zegt zij zelf dat de situatie thuis eigenlijk niet meer aan kon. Zij miste echter het vermogen om er zelf iets aan te veranderen.

BESPREKING

De bovenbeschreven casus beschrijven patiënten met een psychotische stoornis zonder hulpvraag die door hun gedrag veiligheidsrisico's veroorzaken. De centrale vraag is of bemoeizorg met gebruik van dwang en drang – de paternalistische benadering – gerechtvaardigd is (Berghmans 1992), of dat er vanuit respect voor autonomie terughoudendheid geboden is. Om deze vraag te kunnen beantwoorden staan wij kort stil bij de begrippen autonomie en paternalisme.

Autonomie is een complex begrip, waarover verschillende visies bestaan (Widdershoven 1998). In de eerste visie wordt autonomie gezien als het recht van non-interventie. Bij deze interpretatie vormt bemoeizorg een inbreuk op de autonomie. De tweede opvatting gaat ervan uit dat iemand autonoom is wanneer hij in staat is om zich te identificeren met wie hij door het toeval van het lot is geworden. Hier is bemoeizorg gerechtvaardigd wanneer het de patiënt helpt om meer grip op zijn leven te krijgen. Bij de eerste casus was hier een probleem. Er was geen overeenstemming tussen wie zij op dat moment was en wie ze dacht dat ze was: de aanstaande vrouw van een hooggeplaatst persoon van de Jehova's getuigen. Bij autonomie als communicatie (derde visie), staat de onderhandeling over de behandeling centraal en worden vier stadia onderscheiden: belangenbehartiging, iemand proberen te motiveren, te overtuigen of te dwingen. De laatste twee stadia zijn bij bemoeizorg vaak het geval.

Bij het innemen van een paternalistische houding is de (ir)rationaliteit van een beslissing belangrijk. Een paternalistische houding zou gerechtvaardigd zijn wanneer iemand irrationele beslissingen neemt met verstrekkende negatieve gevolgen (Berghmans 1992; Szmukler 2001). Het probleem hierbij is het bepalen of een beslissing (ir)rationeel is. Een belangrijk argument bij de bovenbeschreven casus om te spreken van irrationele beslissingen is de aanwezigheid van een psychotische stoornis met een gebrek aan


ziektebesef. Gebrek aan ziektebesef komt veel (40 – 50%) voor bij mensen met schizofrenie of met een bipolaire stoornis, met name tijdens de manische episode (Torrey & Zdanowicz 2001). Bij de vrouw die wachtte op haar geliefde uit Wenen was de rationaliteit van de beslissing om niet te verhuizen aangetast door haar waan. Antipsychotische medicatie had mogelijk de waan kunnen verbleken, maar zij weigerde dit. Toepassing van dwangbehandeling is in dit soort situaties (nog) niet mogelijk en hierover bestaat veel discussie (Donker 2000). Vooralsnog prevaleert de onschendbaarheid van de lichamelijke integriteit boven het te verwachten positieve effect van medicatie.

Ten slotte is de notie 'belang' van betekenis. Daarbij gaat het om de afweging in hoeverre we (de samenleving) mensen niet meer toestaan om in strijd met hun belangen te handelen. In de praktijk is dit lastig omdat de mening over wanneer iemand handelt in strijd met zijn belangen, afhangt van de persoonlijke normen en waarden van de hulpverlener. Dit komt steeds naar voren in de discussies binnen het team v&a bij het bepalen van het inzetten van dwang of drang. In hoeverre regelingen uit de nieuwe BOPZ-wetgeving (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen), zoals de observatiemachtiging en de voorwaardelijke rechterlijke machtiging (ambulante dwangbehandeling), de toepassingsmogelijkheden van dwang en drang zullen veruimen, zal de praktijk leren (Torrey & Zdanowicz 2001).

CONCLUSIE

De keuze voor een paternalistische houding met gebruik van dwang en drang wordt bepaald door de uitkomst van de afweging tussen (de kans op) gevaar, respect voor autonomie, de mate waarin een patiënt in staat is tot het nemen van rationele beslissingen in relatie tot ziektebesef, en het maatschappelijke belang dat gehecht wordt aan het (voorkomen van) afglijden van de patiënt. Wanneer autonomie gezien wordt als recht op

non-interventie, dan vormt de inzet van dwang en drang inbreuk op de autonomie. In de andere visies op autonomie is dwang en drang gerechtvaardigd wanneer dit uiteindelijk leidt tot een vergroting of herstel van de autonomie. Het uiteindelijke doel van bemoeizorg met het inzetten van dwangmaatregelen is om de schadelijke gevolgen van de psychiatrische stoornis zoveel mogelijk te beperken, de psychiatrische stoornis te behandelen en de autonomie te vergroten.

 De auteurs danken prof.dr. G. Widdershoven (Universiteit van Maastricht) voor zijn commentaar.

LITERATUUR

- Berghmans, R.L.P. (1992). *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Bogaards, M., van der Hijden, E., & Troost, T. (2001). Vraaggestuurde bemoeizorg, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 56, 1041-1056.
- Ministerie van Justitie. (2002). *Curatele, Bewind en Mentorschap* (Brochure). Den Haag: Ministerie van Justitie. (op te vragen via 0800-8051)
- Donker, M. (Red.). (2000). *Intramurale dwangbehandeling van patiënten zonder ziekte-inzicht*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Henselmans, H.J.W. (1993). *Bemoeizorg: ongevraagde hulp voor psychotische patiënten*. Proefschrift. Delft.

SUMMARY

Balancing intervention and respect for autonomy. Two case studies – J.J.A. Jongeleen, C.L. Mulder –

Two delusional patients are described who had developed serious personal and social problems. Due to their lack of knowledge about their illness, the patients did not seek assistance and were unable to improve their living conditions unaided. A team of nurses from the Rotterdam Municipal Health Service intervened (Vangnet & Advies), applying coercive measures. The case studies discuss when compulsions and coercion are justified and whether such action is compatible with respect for patients' autonomy.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 9, 575-578]

KEY WORDS assertive outreach, autonomy, coercion, psychosis

- Jongeleen, J. (2002). Vangnet en Advies. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 11, 1032-1034.
- Philips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R., e.a. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52, 771-779.
- Torrey, E.F., & Zdanowicz, M. (2001). Outpatient commitment: what, why and for whom. *Psychiatric Services*, 52, 337-341.
- Szmukler, G., & Appelbaum, P. (2001). Treatment pressures, coercion and compulsion. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Red.), *Textbook of Community Psychiatry* (529-544). Oxford University Press.
- Widdershoven, G. (1998). Autonomie in de hulpverlening. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 52, 20-25.

AUTEURS

A.J.K. JONGELEEN is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en is werkzaam bij GGD Rotterdam e.o.

C.L. MULDER is psychiater en onderzoeker en is werkzaam bij GGD Rotterdam e.o., GGZ Groep Europoort en Erasmus Medisch Centrum.

Correspondentieadres: J.J.A. Jongeleen, GGD Rotterdam, Postbus 70032, 3000 LP Rotterdam.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-4-2003.