

# Naar een proactieve psychiatrische ethiek: een zorgethisch perspectief

G.A.M. Widdershoven, Y. Voskes, S.M.P. Van Veen

**Achtergrond** Proactieve psychiatrie vergt een proactieve psychiatrische ethiek.

**Doel** Beschrijven van de relevantie van zorgethiek voor proactieve psychiatrie.

**Methode** Bespreking van zorgethiek voor proactieve psychiatrische zorg.

**Resultaten** We pleiten voor een proactieve psychiatrische ethiek, dat wil zeggen een ethiek die zorgprofessionals stimuleert en ondersteunt bij ontwikkelingsgericht en contextsensitief werken. Daartoe beschrijven we de hoofdlijnen van de zorgethiek en laten zien dat deze ethiek aansluit bij de uitgangspunten van een proactieve psychiatrie. Ook belichten we drie thema's die samenhangen met de ontwikkeling van een proactieve psychiatrie: het doel van de zorg, het vaststellen van risicofactoren, en de verdeling van verantwoordelijkheden in de geestelijke gezondheidszorg.

**Conclusie** Een proactieve psychiatrische ethiek kan nuttig zijn om ethische problemen die verbonden zijn met een proactieve psychiatrie te identificeren en bespreekbaar te maken en kan zo bijdragen aan de verbetering van de praktijk.

Traditioneel is de geneeskunde reactief. De arts wordt geraadpleegd wanneer er al schade is ontstaan. Hier-teenover richt een proactieve psychiatrie zich op het tijdig handelen op basis van inzicht in ontwikkeling van ziekte en de gevolgen daarvan (Beekman e.a. 2012). De ethiek heeft, net als de geneeskunde, veelal een reactieve rol. Ethici worden benaderd wanneer ontwikkelingen in de zorg leiden tot normatieve vragen. Van de ethiek wordt dan verwacht dat ze de grenzen aangeeft van wat toelaatbaar is. Een reactieve ethiek legt de nadruk op het belang van een terughoudende opstelling van de zorgprofessional. Als de patiënt geen vraag heeft of een aanbod van zorg afwijst, dient de zorgprofessional dit te respecteren. Pas als de situatie zodanig is verslechterd dat afzijdigheid niet langer verantwoord is, is ingrijpen toegestaan. Maar dan is het, zoals voorstanders van een proactieve psychiatrie benadrukken, in feite te laat.

Er is nog een tweede reden waarom een reactieve ethiek niet erg nuttig is bij de ontwikkeling van een proactieve psychiatrie. Wanneer de nadruk ligt op het stellen van externe grenzen aan het optreden van de zorgprofessional, levert de ethiek geen bijdrage aan de verbetering van de zorgpraktijk. Een proactieve psychiatrie heeft

baat bij een ethiek die professionals en andere betrokkenen in de zorg ondersteunt bij het uitwerken van de waarden waarop hun handelen gebaseerd is, en bij het vinden van manieren van omgaan met eventuele ethische spanningen die zich daarbij voordoen.

In deze bijdrage pleiten we voor een proactieve psychiatrische ethiek. Allereerst beschrijven we de hoofdlijnen van de zorgethiek, en laten we zien dat deze ethiek aansluit bij de uitgangspunten van een proactieve psychiatrie. Vervolgens gaan we in op drie thema's die relevant zijn in het kader van een proactieve psychiatrische ethiek: het doel van de zorg, het vaststellen van risicofactoren en de verdeling van verantwoordelijkheden in de zorg.

## Basisbegrippen uit de zorgethiek

In de zorgethiek gaat men ervan uit dat zorg een fundamentele menselijke activiteit is, gericht op het in stand houden van het gezamenlijk leven (Tronto 2013, p. 19). Gezondheidszorg levert een bijdrage aan het in stand houden van het gezamenlijk leven, maar is slechts één van de manieren waarop dat gebeurt. Gezondheid moeten we zien in het kader van goed leven, en niet als waarde op zich.

## AUTEURS

**Guy Widdershoven**, hoogleraar Medische filosofie en ethiek, afd. Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam UMC.

**Yolande Voskes**, universitair docent, afd. Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam UMC, senior onderzoeker, GGZ Breburg en Tranzo, Tilburg University.

**Sisco van Veen**, promovendus, afd. Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam UMC en psychiater, GGZ inGeest.

### Correspondentieadres

Prof. dr. Guy Widdershoven.

E-mail: g.widdershoven@vumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-12-2020.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(2):150-153

Volgens de zorgethiek heeft zorg een aantal fasen (Tronto 2013, p. 22 e.v.).

- De eerste fase is zich zorgen maken om iets of iemand. Men herkent dat een persoon of situatie zorgbehoefte is.
- De tweede fase is zorg op zich nemen. Men neemt actie zodanig dat zorg tot stand komt.
- De derde fase is zorg geven. Er wordt daadwerkelijk zorg verleend.
- De vierde fase is zorg ontvangen. Op basis van de reactie van de zorgontvanger wordt duidelijk of aan de zorgbehoefte is voldaan.
- De vijfde fase is zorgen met. In deze fase stemt men de zorg af.

De fasen zijn niet strikt gescheiden, maar verwijzen naar elkaar en lopen in elkaar over.

De vijf fasen van zorg worden gekenmerkt door morele vaardigheden of deugden.

- Bij de fase van zich zorgen maken om iets of iemand hoort de deugd aandacht: men moet openstaan voor de zorgbehoefte van de persoon in kwestie.
- Bij de fase van zorg op zich nemen hoort de deugd verantwoordelijkheid: men moet de bereidheid hebben ervoor te zorgen dat de situatie verbetert.
- Bij de fase zorg geven hoort de deugd competentie: specifieke deskundigheid is nodig om daadwerkelijk de zorg te kunnen verlenen.
- Bij de fase zorg ontvangen hoort de deugd responsiviteit: de zorgverlener en de zorgontvanger dienen te herkennen of de verleende zorg tegemoet komt aan de behoefte.
- Bij de fase zorg afstemmen hoort de deugd solidariteit: in het proces van zorg moeten alle betrokkenen zich inspannen om samen de zorg te leveren en de zorgverantwoordelijkheden op een goede manier te verdelen.

De zorgethiek is een proactieve ethiek. Het gaat erom behoeften en kwetsbaarheden tijdig te herkennen, reke-

ning te houden met de context en zorg af te stemmen op de situatie. Als zodanig sluit de zorgethiek aan bij de uitgangspunten van een proactieve psychiatrie: tijdig optreden, aandacht voor niet-rechtlignige ontwikkelingen en complicaties, rekening houden met de situatie van de persoon en samen met betrokkenen bekijken wat nodig is en beleid daarop aanpassen. In het volgende gaan we in op drie thema's die relevant zijn in het kader van een proactieve psychiatrische ethiek vanuit zorgethisch perspectief.

### Doelen van zorg

Vanuit zorgethisch perspectief dient een proactieve psychiatrie uit te gaan van een brede definitie van gezondheid en kwaliteit van leven. In de gangbare benadering van kwaliteit van leven staan lichamelijke gezondheid en ADL-functioneren centraal. Vanuit de visie van Tronto gaat het om het gezamenlijk in stand houden en herstellen van de voorwaarden voor het goede leven. Dat houdt meer in dan zich kunnen aankleden of traplopen.

Nussbaum heeft, in samenwerking met de econoom Sen, een theorie ontwikkeld waarin het belang van de ontwikkeling van menselijke mogelijkheden centraal staat (Nussbaum 2012). Mensen moeten open kunnen staan voor hun omgeving (sociale relaties, dieren en spel), zich lichamelijk en geestelijk kunnen ontwikkelen en maatschappelijk kunnen participeren. Op elk van die gebieden moeten mensen in staat gesteld worden zich te ontwikkelen en zo nodig daarbij ondersteund worden. De benadering van Nussbaum sluit goed aan bij de herstellbeweging in de psychiatrie. Daarin onderscheidt men vier niveaus van herstel (Droës & Plooy 2010).

- Het eerste niveau is symptomatisch herstel; daarbij gaat het om de verbetering van psychische en lichamelijke gezondheid.
- Het tweede niveau is persoonlijk herstel; dit betreft het herontdekken wie je bent, wat je wilt en wat je belangrijk vindt.

- Het derde niveau is functioneel herstel; daarbij ligt de nadruk op dagelijkse levensaspecten en een gezond dagritme, met aandacht voor verzorging, vrienden bezoeken en hobby's.
- Het vierde niveau is maatschappelijk herstel; dit is gericht op het vervullen van een rol in de maatschappij door werk, vrijwilligerswerk, een opleiding of op een andere manier meedoen aan het sociale leven.

Tussen niveaus van herstel zijn soms keuzen nodig.

Moeten we werken aan structuur van het dagelijks leven of aan maatschappelijke participatie? Hoe kunnen we die keuzen verantwoord maken? Dat vereist vanuit zorg-ethisch perspectief procesmatig werk, waarbij we de zorg evalueren in termen van de vitale behoeften van de betrokkene, rekening houdend met de concrete situatie. Hoe kunnen we de zorg zo inrichten dat deze tegemoetkomt aan de individualiteit van de persoon in kwestie en diens ontwikkelingsmogelijkheden?

### Voorspellen op basis van risicofactoren

Een proactieve psychiatrie is gebaat bij risicovoorspelling van complicaties en nadelige uitkomsten. Daarvoor kijkt men naar technologische mogelijkheden, zoals het voorspellen van suicidaliteit middels fMRI (Van Veen 2018). Ook wordt er veel onderzoek gedaan naar biomarkers die vroege signalering van een verhoogd risico op psychische aandoeningen mogelijk maken. Polygenetische risicoscores zijn momenteel niet klinisch toepasbaar, maar vertonen, zeker in combinatie met andere biomarkers en fenotypische gegevens, potentie voor het voorspellen van psychische klachten (Van Veen 2016). Vanuit zorg-ethisch perspectief kan het relevant zijn op basis van risicofactoren reeds op jonge leeftijd kwetsbaarheden te identificeren en proactief te handelen, gericht op de versterking van veerkracht. Het identificeren van risicofactoren is echter niet altijd positief. Vooral bij genetische factoren kan het leiden tot defaitisme, wanneer de indruk ontstaat dat er niets aan te doen is, omdat iemands genetische aanleg niet veranderd kan worden (Baart & Widdershoven 2013). Dit levert dilemma's op. Is het verantwoord om (jonge) mensen te informeren over een genetische risicofactor? Denken in termen van risico's kan leiden tot een benadering in termen van controle. Als een risicofactor is geïdentificeerd, lijkt het logisch gedrag te monitoren en bij daadwerkelijke expressie van de risicofactor in te grijpen. Dat betekent al snel een objectiverende aanpak, met nadruk op biologische factoren en waarneembaar gedrag en het optreden bij afwijkingen. Vanuit zorg-ethisch perspectief is het van belang te kijken hoe het identificeren van een risicofactor kan bijdragen tot een beter leven, in onderlinge solidariteit en samenwerking. Bij het bepalen van risicofactoren is een brede kijk op risico's van belang. Risico's op afwijkend gedrag zitten niet alleen in de persoon, maar ook in de situatie. Of iemand kans heeft onrustig of agressief te worden, hangt af van persoonlijkheidskenmerken en situationele omstandigheden. Het is zaak om bij de eerste tekenen

van een dreigende ontsporing de persoon tot rust te brengen en te voorkomen dat de situatie verder escaleert.

Hierbij kan een signaleringsplan of crisiskaart goede diensten bewijzen (Van der Ham e.a. 2011). Een dergelijk plan, opgesteld met de betrokkene, geeft aan welk gedrag duidt op naderende escalatie, en hoe men in een dergelijke situatie moet handelen om dat te voorkomen. Door tijdig in actie te komen, bijvoorbeeld te gaan wandelen met de persoon bij tekenen van gejaagdheid, kan men voorkómen dat de zaak uit de hand loopt.

Wanneer het plan is toegepast, is het vanuit zorg-ethisch perspectief zaak te evalueren of het effectief was, dan wel dat in de toekomst andere werkwijzen vereist zijn. Dit versterkt onderling vertrouwen en biedt een basis voor gezamenlijke afstemming van de zorg in moeilijke situaties.

### Verdeling van verantwoordelijkheden

Een proactieve psychiatrie vereist een goede verdeling van verantwoordelijkheden. Vanuit zorg-ethisch perspectief dienen betrokkenen in de zorg in onderlinge afstemming een bijdrage te leveren aan het herkennen van kwetsbaarheden en het versterken van mogelijkheden om met de situatie om te gaan. Dat vereist samenwerking tussen informele en professionele zorg, en tussen de algemene gezondheidszorg en de psychiatrie.

Een voorbeeld van een dergelijke aanpak is uitgewerkt in de high- en intensivere (HIC)-benadering (Van Mierlo e.a. 2013). De HIC-benadering is gericht op tijdig ingrijpen om erger te voorkomen. Doel is te bevorderen dat de patiënt zijn of haar eigen wereld zodanig kan inrichten dat hij of zij er zo goed mogelijk in kan leven, samen met anderen. De verantwoordelijkheid ligt in eerste instantie bij de patiënt. Wanneer de patiënt er niet in slaagt voor zichzelf te zorgen, worden andere krachten ingezet, zoals de mantelzorgers, de huisarts en de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Wanneer ambulante zorg niet voldoende is, is een tijdelijke opname mogelijk. Doel is via een kortdurende intensieve klinische behandeling de voorwaarden te creëren voor terugkeer naar huis, waar de patiënt verder vorm kan leren geven aan het herstel.

Een dergelijke verdeling van verantwoordelijkheden tussen informele, ambulante en klinische zorg vereist voortdurende afstemming en interpretatie. Vanuit zorg-ethisch perspectief is het van belang te erkennen dat de visies van betrokkenen op goede zorg uiteen kunnen lopen en kunnen botsen. Een proactieve psychiatrische ethiek richt zich op het ondersteunen van betrokkenen in het expliciteren van verschillen en het zoeken naar een manier om de zorg vorm te geven waarbij men gebruikmaakt van ieders deskundigheid.

Een instrument dat daarbij nuttig kan zijn, is moreel beraad (Van Dartel & Molewijk 2014). In een moreel beraad onderzoeken zorgprofessionals morele vragen rond een casus waar zij bij zijn betrokken. Het betreft een gestructureerd gesprek, geleid door een getrainde facilitator. Het doel van het gesprek is inzicht te krijgen

in verschillende perspectieven, rollen, relaties en verantwoordelijkheden en deze waar nodig te herdefiniëren en te herverdelen.

## CONCLUSIE

In deze bijdrage hebben we belicht hoe een proactieve psychiatrische ethiek, gebaseerd op de zorgethiek, inspiratie en steun kan bieden bij het ontwikkelen van een proactieve psychiatrie. Vanuit de zorgethiek gaat het om een brede definitie van gezondheid en kwaliteit van leven, waarbij, in lijn met de herstelbeweging, naast symptomatisch herstel ook persoonlijk, functioneel en maatschappelijk herstel van belang zijn.

In zorgethisch perspectief biedt de identificatie van risicofactoren een mogelijkheid tot eerder ingrijpen, waarbij het niet dient te gaan om controle van gedrag, maar om het voorkómen van ontsporingen, bijvoorbeeld door het opstellen van een signaleringsplan gebaseerd op overleg tussen professionals, patiënt en naasten.

Een proactieve psychiatrie vereist een goede verdeling van verantwoordelijkheden tussen betrokken partijen, hetgeen we hebben toegelicht aan de hand van de HIC-benadering. De besproken thema's bieden zicht op de relevantie van een proactieve psychiatrische ethiek; ze vormen aanzetten die in de praktijk verder uitgewerkt en geconcretiseerd moeten worden.

Een proactieve psychiatrische ethiek kan ook helpen ethische problemen die verbonden zijn met een proactieve psychiatrie te identificeren en bespreekbaar te maken en kan zodoende bijdragen aan de verbetering van de praktijk. Hoe om te gaan met prioritering van dimensies van herstel of dilemma's rond risicotaxatie? Betrokkenen in de praktijk kunnen hier verschillend over denken. Bij botsende perspectieven gaat het er niet om te vragen wie gelijk heeft, maar moeten we onderzoeken hoe we rekening kunnen houden met elkaars perspectieven en samen een weg vinden waarin verschillende perspectieven meetellen en elkaar aanvullen.

## LITERATUUR

- Baart I, Widdershoven GAM. Bipolar disorder: Idioms of susceptibility and disease and the role of 'genes' in illness explanations. *Health* 2013; doi: 10.1177/1363459312472086.
- Beekman ATF, van Os JJ, van Marle H, van Harten P. Stagering en profilering van psychiatrische ziektebeelden. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 913-4.
- Dröes J, Plooy A. Herstelondersteunende zorg in Nederland: een vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie* 2010; 19: 6-17.
- Van Dartel H, Molewijk B. In gesprek blijven over goede zorg. Amsterdam: Boom; 2014.
- Van der Ham L, Voskes Y, van Kempen N, Widdershoven G. Effecten van de Crisiskaart. Een evaluatiestudie. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg* 2011; 66: 916-928.
- Van Mierlo T, Bovenberg F, Voskes Y, Mulder N. Werkboek High en Intensive Care. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.

Nussbaum M. Mogelijkheden scheppen. Amsterdam: Ambo; 2012.

Tronto JC. *Caring democracy*. New York: New York University Press; 2013.

Van Veen S. Nieuwe genetica in de psychiatrie: een ethisch overzicht. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 2016; 26: 94-9.

Van Veen S. Kunnen we suïcidaliteit herkennen met fMRI? *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 126.