

Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg: een ethisch advies

A. LIÉGEOIS, M. ENEMAN

SAMENVATTING Dit artikel is de weergave van het ethische advies van de Werkgroep Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde in Vlaanderen. In het advies wordt de vraag behandeld hoe zorgverleners vanuit ethisch perspectief zo veel mogelijk de vrijheid van de patiënt kunnen respecteren en wanneer het verantwoord is dat ze de vrijheid beperken of dwang gebruiken. De onderzoeksmethode is een combinatie van ethische discussie en literatuurstudie. Het ethische advies benadert vrijheid en dwang niet louter individueel vanuit het standpunt van de zorgverleners of van de patiënt, maar relationeel, vanuit de samenwerking tussen zorgverleners, patiënt en familie. Het algemene model om te komen tot keuzes in de zorg is daarom dat van het overleg, waarbij de betrokkenen elkaar wederzijds informeren en motiveren en samen streven naar consensus; het overleg is de beste weg om te komen tot toestemming. In bijzondere situaties zijn er echter grenzen aan dit overleg. In sommige situaties kunnen vrijheidsbeperking of dwang verantwoord zijn vanuit de volgende drie criteria: onvoldoende wilsbekwaamheid van de patiënt; dreiging van ernstige schade aan gezondheid, integriteit of zorgklimaat; en een proportionele verhouding tussen de ernst van die schade en de graad van vrijheidsbeperking.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)6, 369-378]

TREFWOORDEN dwang, ethiek, informed consent, overleg, vrijheid

PROBLEEMSTELLING, BEGRIPSBEPALING EN ONDERZOEKSMETHODE

Probleemstelling Een van de kernproblemen in de geestelijke gezondheidszorg is het omgaan met vrijheid en dwang. Vroeger pasten de zorgverleners vaak al te vanzelfsprekend vrijheidsbeperking en dwang toe. Tegenwoordig is er een sterke tendens om autonomie en zelfbeschikkingsrecht centraal te stellen. Daardoor beschouwen velen vrijheidsbeperking en dwang als negatief en als een schending van de patiëntenrechten. Volgens het Verdrag inzake de rechten van de mens en biogeneeskunde van de Raad van Europa (VRMB; Council of Europe 1997), de Nederlandse Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO

1994) en de Belgische Wet betreffende de rechten van de patiënt (WRP; 2002) heeft de patiënt het recht om voorafgaand geïnformeerd te worden en is hij vrij toestemming te geven of te weigeren voor iedere vorm van behandeling door zorgverleners.

De praktijk van de geestelijke gezondheidszorg toont echter aan dat zorgverleners soms genooddakt zijn de vrijheid van patiënten te beperken en zelfs dwang uit te oefenen. De onderzoeksvraag die in dit ethische advies behandeld wordt, is daarom: hoe kunnen zorgverleners vanuit een ethisch perspectief zo veel mogelijk de vrijheid van de patiënt respecteren en wanneer is het verantwoord vrijheid te beperken of dwang uit te oefenen? Om een zorgvuldige ethische reflectie moge-

lijk te maken zullen de gebruikte begrippen vooraf gedefinieerd worden en wordt een beschrijving gegeven van de ethische onderzoeksmethode.

Begripsbepaling Autonomie heeft twee onderling samenhangende aspecten: keuzevrijheid en wilsbekwaamheid (Beauchamp & Childress 2001; Berghmans 1992; Haekens 1998; Liégeois 1997).

Keuzevrijheid wordt gedefinieerd als de uitwendige vrijheid om te kiezen tussen verschillende mogelijkheden. Deze vrijheid hangt altijd af van de situatie en is beperkt. In een bepaalde situatie ondergaat iemand immers allerlei invloeden van buitenaf die zijn vrijheid beperken. Deze beperking kan op twee manieren plaatsvinden, namelijk door een gebrek aan alternatieven en door de uitoefening van dwang. Iemand's keuzevrijheid wordt beperkt als hij in een situatie niet kan kiezen tussen twee of meer beschikbare mogelijkheden of als hij van buitenaf verhinderd wordt te doen wat hij wil of verplicht wordt iets te doen wat hij niet wil.

Wilsbekwaamheid daarentegen wordt gedefinieerd als de inwendige vrijheid om zelf keuzes te maken. Het is het innerlijke vermogen of de bekwaamheid om van binnenuit vrij te kiezen. Deze bekwaamheid bestaat uit twee elementen: het begrips- en het oordeelsvermogen. 'Begripsvermogen' houdt in dat men informatie kan begrijpen en inzicht kan verwerven in zijn situatie. Het begripsvermogen kan verminderd zijn door verstandelijke beperkingen of onwetendheid. 'Oordeelsvermogen' houdt in dat iemand een overwogen keuze kan maken door de voor- en nadelen af te wegen. Bij deze afweging spelen zowel redelijke als emotionele motieven een rol. Het oordeelsvermogen is beperkt als iemand zijn redelijke en emotionele motieven onvoldoende kan integreren om tot een zinvolle keuze te komen. Soms kunnen bepaalde motieven zo overheersen dat iemand onvoldoende in staat is overwegingen te maken, of kan een onweerstaanbare drang van binnenuit elke overweging uitsluiten. 'Wilsbekwaamheid' is echter geen zwart-witconcept. Het is een graduëel concept dat gesitueerd kan worden op een conti-

nue lijn van 'wilsbekwaam' via 'gedeeltelijk wilsbekwaam' tot 'wilsonbekwaam'. Bovendien varieert de wilsbekwaamheid in de tijd en naar de aard van de keuze. Men kan op het ene moment wilsbekwaam zijn en op het andere niet. Iemand kan ook voor een bepaalde keuze niet wilsbekwaam zijn, maar voor een andere wel.

Onder *vrijheidsbeperking* worden alle vormen van beperking van de keuzevrijheid verstaan, al dan niet tegen iemands wil. Dwang is een bijzondere vorm van vrijheidsbeperking, in het bijzonder tégen de wil van patiënten. Het is dus machtsuitoefening van buitenaf waardoor patiënten genoodzaakt worden te doen wat ze niet wensen te doen of verhinderd worden te doen wat ze wel wensen te doen.

Onder *patiënten* worden ambulante en niet-ambulante patiënten in de geestelijke gezondheidszorg verstaan. *Zorgverleners* zijn alle beroepsbeoefenaren die professionele zorg verstrekken aan patiënten. Met *familie* worden niet alleen familieleden in strikte zin bedoeld, maar alle mensen uit de directe omgeving die sterk bij de patiënt betrokken zijn.

Onderzoeksmethode Als methode is voor een combinatie van ethische discussie en literatuurstudie gekozen. De ethische discussie had plaats in het kader van de Werkgroep Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde, een religieuze congregatie die onder meer actief is in de geestelijke gezondheidszorg in België. Aan de discussie namen 25 ervaren en deskundige zorgverleners deel. Ze vertegenwoordigden de verschillende beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg en de 13 psychiatrische centra van de Broeders van Liefde in Vlaanderen. De literatuurstudie werd vooral verricht door de auteurs van dit advies.

Voor een praktijkgerichte ethiek zijn morele intuïties en morele praktijken een heel belangrijk uitgangspunt, omdat deze een aanwijzing geven voor de ethische waardering van bepaalde facetten van de problematiek in hun eigen context. Daarom werden eerst de morele intuïties en praktijken van

de participanten uitgesproken en geïnventariseerd. Daarna werden ze verhelderd en kritisch geëvalueerd door ze tegenover de gezichtspunten van anderen te stellen en tegenover de inzichten uit de literatuur. Daarna stelden de auteurs een ontwerpadvies op, waarin ze de besluiten van de discussie opnieuw vergeleken met de inzichten uit de literatuur en waarin ze tot een synthese kwamen. Hierna werd het ontwerpadvies opnieuw in het discussieforum besproken en geamendeerd. Vervolgens werd het nieuwe ontwerpadvies voorgelegd aan zorgverleners in het werkveld. Ten slotte werden hun opmerkingen verwerkt en werd het advies opnieuw besproken en geamendeerd totdat de deelnemers tot een consensus kwamen over het definitieve advies. Het hele proces vond plaats in een forum dat zodanig open en vrij was dat de participanten werkelijk hun mening naar voren konden brengen, los van elke druk van gezag of functie. De implementatie zal moeten volgen. Daartoe werkt in elk psychiatrisch centrum van de Broeders van Liefde een interdisciplinaire stuurgroep een plan uit om de nota bespreekbaar te maken en uit te laten voeren op alle afdelingen en diensten.

FUNDAMENTELE VISIE OP GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Verschillende benaderingen Het evalueren van morele intuïties en praktijken gebeurt niet neutraal of waarde vrij, maar gaat steeds uit van een impliciete of expliciete visie op, of benadering van geestelijke gezondheidszorg. Er zijn drie fundamentele benaderingen te onderscheiden naargelang de nadruk gelegd wordt op de zorgverleners, op de patiënten, of op de relatie tussen zorgverleners en patiënt en familie.

De eerste benadering is de meest traditionele en legt de nadruk op de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverleners. In deze visie is de professionele deskundigheid van de zorgverleners, samen met hun menselijke betrokkenheid, de basis van goede zorg. Het te sterk benadrukken van de verantwoordelijkheid van de zorgverleners kan echter leiden tot bevoogding of paternalisme. Dit

betekent dat bij patiënten die het vermogen hebben om keuzes mee te bepalen, de zorgverleners handelen vanuit hun opvatting over goede zorg om bestwil van die patiënten, zonder hun voldoende inspraak te geven.

Als reactie op het gevaar voor paternalisme legt een tweede benadering de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van patiënten. In deze emancipatorische benadering hebben patiënten zelfbeschikkingsrecht. Ze moeten hun leven kunnen inrichten zoals zij dat willen en zelf keuzes kunnen maken in de zorg. Deze visie overheerst momenteel in de ontwikkeling van de gezondheidszorg en de wetgeving. In de praktijk beschikken patiënten door hun psychiatrische problematiek echter niet altijd over voldoende vermogen om keuzes te maken. Ze hebben vaak begeleiding nodig om meer zelfstandig te worden en overwogen keuzes te maken. Bovendien mogen zorgverleners niet gereduceerd worden tot uitvoerders van de wensen van patiënten.

Beide benaderingen bevatten positieve en negatieve elementen. Beide leggen de nadruk op individuen, namelijk de zorgverleners of de patiënten als opzichzelfstaande wezens.

Een relationele visie Mensen zijn echter niet alleen individuen, maar ook personen die zich in relatie tot anderen ontplooiën. Daarom staan niet de individuen – patiënten of zorgverleners – centraal, maar wel de ontmoeting tussen de personen: zorgverleners én patiënten en hun familie of omgeving. Evenmin gaat het om de individuele verantwoordelijkheid van patiënten of zorgverleners, maar om de gedeelde en gezamenlijke ethische verantwoordelijkheid van zorgverleners, patiënten en hun familie.

Vanuit het discussieforum is gekozen voor deze relationele benadering van de geestelijke gezondheidszorg. Uit deze fundamentele visie volgt dat het overleg wordt voorgesteld als het algemene model voor het maken van keuzes in de zorg. Dit algemene model drukt een ideaal uit. Er zijn echter grenzen aan het overleg. In bijzondere situaties kan vrijheidsbeperking of dwang aangewezen zijn.

ALGEMEEN MODEL: OVERLEG EN TOESTEMMING

Zorgverleners, patiënten en familie De meest wenselijke manier om tot keuzes in de zorg te komen is het overleg tussen zorgverleners en patiënten – in de literatuur benoemd als *shared decision-making*, *shared consent* of *negotiated consent* (Moody 1992; Widdershoven 2000). Omdat familie en omgeving behoren tot het natuurlijke leefmilieu en het sociale netwerk van de patiënt, is het belangrijk dat ook zij betrokken worden in het overleg. Heel wat keuzes in de zorg winnen aan kwaliteit en effectiviteit als de familie ze mede ondersteunt. Wanneer de zorgverleners de familie willen betrekken in het overleg of wanneer familieleden zelf vragen in het overleg betrokken te worden, nemen de zorgverleners dit op in hun overleg met de patiënt.

Het overleg tussen zorgverleners, patiënt en familie vindt altijd plaats in een ontmoeting. In deze ontmoeting gaat het niet alleen om de inhoud van het overleg, maar ook om de manier waarop mensen zich tot elkaar verhouden en met elkaar communiceren. Communicatie is niet alleen verbaal en inhoudelijk, maar ook non-verbaal en relationeel. De houding en aandacht zijn reeds een vorm van communicatie.

Het overleg heeft steeds plaats in de context van de organisatie. Het is heel belangrijk dat er een cultuur kan groeien waarin de dialoog vanzelfsprekend is en dat de beleidsverantwoordelijken daartoe de nodige ondersteunende voorwaarden scheppen.

Informereren, motiveren en evalueren Vanuit het discussieforum zijn drie essentiële elementen van het overleg naar voren gekomen, namelijk het informeren, het motiveren en het evalueren. Belangrijk is dat er telkens een tweerichtingsverkeer is tussen alle betrokken partners.

Het informeren begint bij de patiënt. Deze is immers expert op het gebied van zijn eigen levenssituatie. Vaak is de familie dit ook. Daarom lichten de patiënt en zijn familie de zorgverleners vol-

doende in over zijn levensverhaal, actuele wensen en toekomstverwachtingen. Indien ze dit niet spontaan doen, nodigen de zorgverleners hen uit die informatie te geven. De zorgverleners bieden van hun kant professionele deskundigheid in verband met goede zorg, behandeling of ondersteuning. Daarom informeren ze de patiënt en zijn familie over de verschillende keuzemogelijkheden. Ze geven op een zo objectief mogelijke en voor patiënt en familie begrijpelijke wijze informatie over de verschillende vormen van zorg, behandeling of ondersteuning, hun doel en aard, voor- en nadelen, gevolgen en risico's.

Aan de hand van deze wederzijdse informatie proberen zorgverleners, patiënt en familie te komen tot een overwogen keuze. Ze luisteren naar elkaars opvattingen en argumenten, gevoelens en emoties. Ze houden rekening met elkaars opmerkingen en verlangens. Ze stellen vragen aan zichzelf en bevragen elkaar op een kritische wijze. Ze wegen af wat er in die keuze waardevol is en wat niet, en proberen dit te motiveren. Samen proberen ze tot overeenstemming te komen. Ook al kan dit motiveringsproces heel wat tijd vragen, het behoort tot de essentie van de begeleiding, zorg of behandeling en het vergroot de kans dat de keuze werkelijk door zorgverleners, patiënt en familie samen wordt uitgevoerd.

De zorgverleners proberen soms de patiënt en zijn familie voor een bepaalde keuze te motiveren. Hun motieven moeten echter gericht zijn op de goede zorg, behandeling of begeleiding van de patiënt, zoals bijvoorbeeld: 'we weten uit ervaring dat patiënten die deze medicatie nemen, meestal minder last hebben van het horen van stemmen.' Als de zorgverleners aan de patiënt geen echte keuzevrijheid bieden of dreigen met sancties of vrijheidsbeperking, wordt het motiveren een manipuleren, bijvoorbeeld: 'als je die medicatie niet neemt, mag je niet op weekend.' Bij het wederzijds motiveren van de keuze is het evenzeer belangrijk dat de patiënt en zijn familie hun motieven kenbaar maken, ook al kunnen deze onderling verschillen. Op hun beurt kunnen zij de zorgverleners motiveren om met hun wensen en verlangens

rekening te houden. De zorgverleners proberen de motieven zo goed mogelijk te begrijpen.

Wanneer zorgverleners, patiënt en familie de keuze gemaakt en uitgevoerd hebben, evalueren ze ook samen deze keuze. De zorgverleners doen dit bovendien in hun team. Dit evalueren wordt mogelijk het uitgangspunt voor een opnieuw wederzijds informeren en motiveren tot een volgende keuze.

Geïnformeerde toestemming Het informeren- en motiverende overleg sluit meer aan bij de relationele benadering van geestelijke gezondheidszorg dan de geïnformeerde toestemming (*informed consent*). Dit laatste is immers niet noodzakelijk een wederkerig en relationeel gebeuren. Wanneer zorgverleners informatie verstrekken, kan dit feitelijk eenrichtingsverkeer zijn. En in strikte zin is toestemming of weigering ook eenrichtingsverkeer vanuit de patiënt. Bij overleg zijn informeren en motiveren wel een wederkerig relationeel gebeuren. Bovendien beperkt geïnformeerde toestemming in strikte zin de communicatie tot de zorgverleners en de patiënt óf de vertegenwoordiger, terwijl bij het overleg de voorkeur uitgaat naar communicatie tussen zorgverleners, patiënt én familie. Daarom is het informerende en motiverende overleg de beste weg om tot toestemming te komen. Toestemming in het kader van overleg voldoet bovendien aan de vereisten van de wet. De wet stelt immers geen specifieke vormvereisten aan de toestemming, die dus mondeling of schriftelijk, impliciet of expliciet kan zijn. Tijdens het overleg kunnen de zorgverleners de expliciete toestemming of weigering van de patiënt krijgen, of kunnen ze redelijkerwijze de impliciete toestemming of weigering afleiden (WGBO 1994; WRP 2002).

Zorgverleners kunnen ook geconfronteerd worden met situaties waarin vanuit onze ethische visie een uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming in het kader van dit overleg aangewezen is. Dit is in de geestelijke gezondheidszorg het geval wanneer behandelingen van ingrijpende aard zijn, experimenteel zijn, ernstige risico's inhouden, le-

vensgevaarlijk zijn of belangrijke onomkeerbare gevolgen kunnen hebben. Voorbeelden van dergelijke ingrepen zijn experimenten met psychofarmaca, chirurgische ingrepen op de hersenen en medische beslissingen bij het levenseinde. Het is echter niet mogelijk een volledige lijst van dergelijke ingrepen op te stellen.

Voorafgaande toestemming Het is mogelijk dat een patiënt, op een moment van wilsbekwaamheid, de zorgverleners zijn toestemming verleent of juist weigert om op een later moment – waarop hij niet meer wilsbekwaam is – in te grijpen. De zorgverleners krijgen dan al dan niet de toestemming om in een latere crisissituatie bepaalde ingrepen te doen. Dit kan in het kader van een zelfbindingscontract, dat echter tot nog toe niet rechtsgeldig is. De wetgeving voorziet evenwel in een schriftelijke wilsverklaring, waarbij de patiënt toestemming voor een bepaalde ingreep kan weigeren (WGBO 1994; WRP 2002).

Vanuit ethisch standpunt werd in het discussieforum gesteld dat de vooraf uitgedrukte wil van de patiënt de zorgverleners niet verplicht of verbiedt een behandeling uit te voeren. De zorgverleners hebben immers hun professionele deskundigheid en beoordelen van daaruit of de ingreep al dan niet verantwoord is. Ze houden uiteraard in belangrijke mate rekening met deze vooraf uitgedrukte wens van de patiënt.

Plaatsvervangende toestemming Wanneer de patiënt wilsonbekwaam is en dus niet in staat zijn rechten uit te oefenen, moeten de zorgverleners plaatsvervangende toestemming vragen aan een vertegenwoordiger van de patiënt. Vanuit ethisch standpunt wordt de volgende omschrijving van een vertegenwoordiger voorgesteld: een meerderjarige en wilsbekwame persoon, die een vertrouwensrelatie met de patiënt heeft opgebouwd, zijn of haar belangen werkelijk behartigt, niet betrokken is bij de professionele zorg en bij voorkeur een eerstegraads familielid van de patiënt is. De rangorde in de vertegenwoordiging van de patiënt is juridisch geregeld door wetgeving (WGBO 1994; WRP 2002).

Vragen stellen bij het eigen handelen In dit proces van overleg met patiënt en familie is het heel belangrijk dat de zorgverleners voortdurend kritisch reflecteren op het eigen handelen. Ze kunnen dat individueel doen, maar ook in teamverband. Het is belangrijk dat zorgverleners voldoende tijd vrijmaken om als team te reflecteren op het eigen handelen: Wat zijn we aan het doen? Waarom doen we dat? Hoe doen we het? Hoe gaan we daarbij om met vrijheid en dwang? Hoe kunnen we de verantwoordelijkheid gezamenlijk dragen?

Bij het stellen van deze vragen kunnen attitudes, vaardigheden, klinische praktijkervaring, wetenschappelijke kennis en patiëntenperspectief aan bod komen: Zijn onze attitudes voldoende respectvol en hoe kunnen we ons respect zoal uitdrukken? Hebben we gepaste technische en communicatieve vaardigheden en hoe kunnen we die eventueel verder ontwikkelen? Wat is onze ervaring in de klinische praktijk en hoe kunnen we die vergelijken met de klinische praktijken van anderen? Wat kunnen we leren van de theorieën en praktijkmodellen uit de literatuur en hoe kunnen we deze kritisch integreren? Hebben we genoeg aandacht voor het perspectief van patiënten en hoe kunnen we ons handelen toetsen aan hun behoeven?

BIJZONDERE SITUATIES: VRIJHEIDSBEPERKING EN DWANG

Structurele of situationele vrijheidsbeperking Het overleg staat centraal in het algemene model voor het maken van keuzes in de zorg. In bijzondere situaties zijn er echter grenzen aan dit overleg en kan vrijheidsbeperking of dwang aangewezen zijn (Berghmans e.a. 2001; Breggin 1997; Edwards & Erde 1995; Janssen e.a. 1995; Liégeois 1997; Peele & Chodoff 1999). Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen structurele en situationele vrijheidsbeperking.

Structurele vrijheidsbeperking is het geheel van maatregelen die van kracht zijn om het samenwonen en het samenwerken binnen een voor-

ziening mogelijk te maken. De vrijheid van de patiënt wordt op de eerste plaats beperkt doordat hij of zij opgenomen wordt en zich moet onderwerpen aan de manier waarop die voorziening gestructureerd en georganiseerd is. Zo moet de patiënt het huishoudelijk reglement van de voorziening naleven en wordt hij of zij opgenomen op een bepaalde afdeling met de daaraan verbonden zorgverleners, vaak zonder daarin inspraak te hebben. Op de tweede plaats wordt de vrijheid van de patiënt beperkt door de algemene zorgvisie of -filosofie die op de afdeling gehanteerd wordt en die de patiënt vaak evenmin kan meebepalen. Deze leidt op haar beurt tot een aantal regels die de patiënt moet naleven in verband met het leef- en zorgklimaat van de afdeling.

Situationele vrijheidsbeperking of dwang wordt toegepast in velerlei situaties. Er zijn situaties waarin het niet (meer) mogelijk is het overleg op te zetten of vol te houden. In andere situaties moeten de zorgverleners (dringend) een dwangbehandeling of -maatregel instellen. In het kader van een therapeutische aanpak willen zorgverleners soms het gedrag van een patiënt beïnvloeden door zijn vrijheid te beperken. Het kunnen ook situaties zijn waarin de zorgverleners op een subtiele wijze de vrijheid van de patiënt beperken of hem tot iets dwingen door hun houding, hun manier van zich verhouden of hun verbale of non-verbale communicatie.

Criteria voor vrijheidsbeperking of dwang Het is heel belangrijk dat zorgverleners structurele of situationele vrijheidsbeperking niet als vanzelfsprekend beschouwen. Daarom hebben ze de taak alle vormen van vrijheidsbeperking of dwang kritisch ter discussie te stellen en zo veel mogelijk bespreekbaar te maken met de patiënt en zijn familie. Drie criteria zijn daarvoor vanuit het discussieforum naar voren gekomen, die tegelijk aanwezig moeten zijn.

Het eerste criterium stelt dat de patiënt onvoldoende wilsbekwaamheid of innerlijk vermogen heeft om zijn gedrag te kiezen of te controle-

ren. De vrijheidsbeperking of dwang moet dan het kader zijn om dit vermogen opnieuw te bevorderen.

Het tweede criterium bepaalt dat de gezondheid, de integriteit of het zorgklimaat ernstig geschaad zou worden zonder gebruik van vrijheidsbeperking of dwang. Hierbij zijn er drie subcriteria. Volgens het eerste subcriterium zou er ernstige schade aangericht worden aan de gezondheid van de patiënt indien er geen vrijheidsbeperking of dwang uitgeoefend zou worden. Daarom moet de vrijheidsbeperking gericht zijn op de behandeling van de psychiatrische problematiek van de patiënt. Volgens het tweede subcriterium zou er ernstige schade aangericht worden aan de morele, fysieke of psychische integriteit of onschendbaarheid van de patiënt of een andere persoon als er geen vrijheidsbeperking of dwang gebruikt zou worden. Daarom moet de vrijheidsbeperking gericht zijn op de bescherming van de integriteit van de patiënt of een ander. Het derde subcriterium is specifiek voor de niet-ambulante zorg en stelt dat er ernstige schade aangericht zou worden aan het zorgklimaat als er geen vrijheidsbeperking of dwang uitgeoefend zou worden. Daarom moet de vrijheidsbeperking gericht zijn op het waarborgen van het zorgklimaat.

Het derde criterium stelt dat er een proportionele of redelijke verhouding moet zijn tussen de vrijheidsbeperking of dwang en de schade die anders aan de gezondheid, de integriteit of het zorgklimaat toegebracht zou worden. Zorgverleners moeten nagaan of er maatregelen met minder vrijheidsbeperking of dwang mogelijk zijn om de schade aan gezondheid, integriteit of zorgklimaat te vermijden. Ze mogen dus niet méér en niet langer vrijheid beperken of dwang uitoefenen dan strikt noodzakelijk is.

De formulering van deze drie criteria geeft de zorgverleners ruimte om te interpreteren. Het is immers onmogelijk precies de grens te trekken tussen situaties waarin de zorgverleners, patiënt en familie het best kunnen blijven overleggen en situaties waarin vrijheidsbeperking of dwang aangewezen is. Zorgverleners moeten zich ervoor hoe-

den al te vlug of te laat over te gaan tot vrijheidsbeperking of dwang.

De drie criteria zijn geïnspireerd op de grondprincipes die in de internationale regelgeving te vinden zijn, namelijk dat het gaat om een geesteszieke patiënt, dat er gevaar dreigt voor de patiënt of een ander en dat er geen alternatieven zijn. Deze principes vinden we zowel terug bij de 'noodsituatie' bij de patiëntenrechten (VRMB 1997; WGBO 1994; WRP 2002) als bij de voorwaarden voor de gedwongen opname (Nederlandse Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen 1994; Belgische Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke 1991).

Aandacht voor de uitvoering van vrijheidsbeperking of dwang Bij structurele vrijheidsbeperking is het belangrijk dat de zorgverleners zich kritisch opstellen tegenover de gangbare regels op de afdeling. Aan de hand van de drie bovenstaande criteria kunnen ze in hun team de zinvolheid van de regels aan de orde stellen en zoeken naar een goede motivering ervoor. Rekening houdend met de mogelijkheden van de patiënten, maken de zorgverleners de regels met hen bespreekbaar. Voorzover mogelijk betrekken ze ook de familie erbij. Ze motiveren de patiënten om de regels na te leven.

Bij situationele vrijheidsbeperking of dwang is het van belang dat de zorgverleners zo veel mogelijk een dialoog met de patiënt opbouwen en instandhouden. Daarbij bespreken ze de maatregel vóór, tijdens en na de uitvoering ervan. Ze geven informatie over de aard van de maatregel, motiveren de noodzaak ervan en proberen de patiënt te motiveren om mee te werken. De zorgverleners kunnen ook met de patiënt bespreken wat ze zullen doen als deze situatie zich opnieuw voordoet.

Het is noodzakelijk dat de zorgverleners in hun team nadenken over situationele vrijheidsbeperking of dwang en een aantal richtlijnen formuleren die specifiek zijn voor hun doelgroep en afdeling. Dit geeft de zorgverleners, die er soms alleen voor staan, houvast wanneer ze in een concrete situatie vrijheidsbeperking of dwang moeten over-

wegen. Ze kunnen deze richtlijnen het best ook met de patiënten bespreken, bij voorkeur in een periode dat er geen onmiddellijke aanleiding tot vrijheidsbeperking of dwang is. Dit kan ertoe bijdragen dat zorgverleners en patiënt vlotter in dialoog treden wanneer vrijheidsbeperking of dwang later toch noodzakelijk is. Door dit overleg ervaren beiden het gebruik van vrijheidsbeperking of dwang immers meer als een interventie die tot de zorg of behandeling kan behoren.

Er zijn nog drie aandachtspunten van belang bij het beoordelen van de houding en het handelen van zorgverleners bij de uitvoering van de situationele of structurele vrijheidsbeperking. Het eerste is respect voor de waardigheid van de mens. Eenzelfde vrijheidsbeperkende maatregel kan immers op verschillende manieren uitgevoerd worden. Het komt erop aan dat de zorgverleners bij vrijheidsbeperking uitgaan van een houding van respect voor de persoon, en handelen op een manier die recht doet aan zijn of haar waardigheid. De wijze van uitvoeren kan op een meer of minder menswaardige wijze gebeuren. Door de patiënt aan te spreken bij zijn naam en te duiden hoe en waarom ze zijn vrijheid beperken, drukken de zorgverleners hun respect voor de waardigheid van de patiënt uit.

Ten tweede moeten de zorgverleners aandacht besteden aan de persoonlijke beleving van de patiënt en de familie. Het gebeurt immers vaak dat zij de vrijheidsbeperking of dwang beleven op een andere manier dan de zorgverleners bedoelen, namelijk als overmacht, vernedering of straf. Daarom is het belangrijk dat de zorgverleners luisteren naar de beleving van de patiënt, dat ze zijn gevoelens en emoties helpen verhelderen en zoeken naar de betekenissen ervan.

Ten slotte moeten de zorgverleners een kritische houding aannemen tegenover procedures en protocollen. Deze kunnen zeer behulpzaam zijn doordat ze de zorgverleners wijzen op bepaalde elementen die ze in acht moeten nemen. Ze bieden de zorgverleners ook houvast in moeilijke situaties. Niettemin moeten de zorgverleners de procedures en protocollen toetsen op hun menswaar-

digheid bij de uitvoering ervan in een particuliere situatie. Ze mogen geen keurslijf of dwangmaatregel worden voor de zorgverleners zelf, maar moeten wijzen op een aantal niet te vergeten aandachtspunten bij de uitvoering van vrijheidsbeperking of dwang.

CONCLUSIE

De onderzoeksvraag was hoe zorgverleners vanuit ethisch perspectief zo veel mogelijk de vrijheid van de patiënt kunnen respecteren en wanneer het verantwoord is de vrijheid te beperken of dwang te gebruiken. Het antwoord ligt in de keuze voor drie uitgangspunten. Het eerste is een visie op geestelijke gezondheidszorg waarin de relatie tussen de betrokkenen centraal staat. Uit deze visie volgt het tweede uitgangspunt, namelijk dat het overleg tussen zorgverleners, patiënt en familie het algemene model is voor het maken van keuzes. In dit overleg is informeren, motiveren en evalueren essentieel. Het derde uitgangspunt is de erkenning dat er in bijzondere situaties grenzen zijn aan dit overleg en dat vrijheidsbeperking of dwang aangewezen kan zijn. Daarbij zijn drie criteria essentieel: onvoldoende wilsbekwaamheid, dreiging van ernstige schade en proportionaliteit tussen schade en vrijheidsbeperking. Een consequent denken en handelen vanuit deze drie uitgangspunten geeft de zorgverleners naar onze mening voldoende houvast in het omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg.

LITERATUUR

- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Berghmans, R. (1992). *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie. Een gezondheidsethische studie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Berghmans, R., Elfahmi, D., Goldsteen, M., e.a. (2001). *Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie: eindrapport*. Utrecht/Maastricht: GGZ Nederland.
- Breggin, P.R. (1997). *Coercion of Voluntary Patients in an Open Hospital*. In R.B. Edwards (Red.), *Ethics of Psychiatry. Insanity, Rational*

- Autonomy, and Mental Health Care (pp. 423-436). New York: Prometheus Books.
- Council of Europe. (1997). Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, 4.IV.1997, *European Treaty Series*, 164; Ned. Vert.: Raad van Europa. (1998). Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de waardigheid van het menselijk wezen bij de toepassing van de biologie en de geneeskunde: Verdrag inzake de Rechten van de Mens en Biogeneeskunde. *Tijdschrift Nationale Raad Orde van Geneesheren [B]*, 82 (1998) 29-34. (VRMB)
- Edwards, R.B., & Erde, E.L. (1995). Freedom and Coercion. In W.T. Reich (Red.), *Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition. Volume 2* (pp. 881-888). New York: Simon & Schuster Macmillan.
- Haekens, A. (1998). *Beslissingsbekwaamheid in de gerontopsychiatrische context*. Leuven: Leuven University Press.
- Janssen, M., de Jonge, M., & Pols, J. (1995). *Dwang in de psychiatrie. Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*. Amsterdam: Babylon-De Geus.
- Liégeois, A. (1997). *Begrensd vrijheid: ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Kapellen: Pelckmans.
- Moody, H.R. (1992). *Ethics in an Aging Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Peele, R., & Chodoff, P. (1999). The Ethics of Involuntary Treatment and of Deinstitutionalization. In S. Bloch, P. Chodoff & S.A. Green (Red.), *Psychiatric Ethics* (pp. 423-440). New York/Oxford: Oxford University Press.
- Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. (1990). *Staatsblad*, 27 juli. (België)
- Wet betreffende de rechten van de patiënt. (2002). *Staatsblad*, 26 september. (België)
- Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen. (1992). *Staatsblad*, 669; gewijzigd 2002, *Staatsblad*, 431. (Nederland)
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. (1994). *Burgerlijk Wetboek*, 7, 7, afdeling 5, art. 446-468.
- Widdershoven, G. (2000). *Ethiek in de kliniek: hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. Meppel: Boom.

AUTEURS

A. LIÉGEOIS is ethicus en is hoofddocent aan de faculteit Godgeleerdheid van de KU Leuven en stafmedewerker ethiek bij de Broeders van Liefde te Gent.

M. ENEMAN is psychiater en is hoofdgeneesheer van het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek.

Correspondentieadres: A. Liégeois, Broeders van Liefde, Stropstraat 119, B-9000 Gent.

E-mail: axel.liegeois@theo.kuleuven.ac.be.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-4-2004.

SUMMARY

Dealing with freedom and coercion in mental health care: some ethical advice – A. Liégeois, M. Eneman –

This article reproduces the ethical advice given by the Ethical Committee for Mental Health Care set up by the Brothers of Charity in Flanders. The advice relates to the ethical dilemma with which caregivers are often confronted: how can they respect their clients' freedom as much as possible and when are they justified in restricting their clients' freedom or in using coercion? The research method consists in having discussions about ethics and in studying the literature. Instead of addressing the subject of freedom and coercion from the purely individual point of view of the caregiver or the patient, the ethical advice addresses the subject from a relational point of view, involving consultation with caregivers, patients and their families. Consequently, the general model for making choices in mental health care is consultation, in the course of which all parties communicate with each other, explain and justify their views, and strive for a consensus. Consultation is the best way to obtain consent. However, in particular situations consultation has to be restricted. In some situations restriction of freedom or the use of coercion can be justified if the

following conditions prevail: the client is insufficiently competent to make personal choices, there is a threat of serious damage to health, integrity or the care environment, and the degree to which freedom is restricted is in proportion to the seriousness of the damage.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)6, 369-378]

KEY WORDS coercion, consultation, ethics, informed consent, freedom