

Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie

F.A.M. KORTMANN

SAMENVATTING De tegenstelling tussen weldoen en respect voor autonomie is minder groot dan ze lijkt. Over het algemeen doet een psychiater wél wanneer hij de autonomie van de patiënt respecteert. In dit artikel worden twee vormen van paternalisme besproken: handelen onder dwang en handelen op eigen initiatief. Geneeskunde is in wezen een paternalistische aangelegenheid waarin beide partijen zich inzetten voor het goede leven van de patiënt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 5, 319-326]

TREFWOORDEN autonomie, bestwil, ethiek, psychiatrie, wetgeving

Gezondheidsethiek beoogt bij te dragen aan 'het goede leven' van de patiënt. Belangrijke ethische principes zijn: (1) weldoen, (2) niet schaden, (3) respect voor autonomie en (4) rechtvaardigheid (Beauchamp e.a. 1989). Weldoen betekent dat de arts handelt om bestwil van de patiënt, dat hij leed voorkomt en wegneemt en dat hij het welzijn van de patiënt bevordert. Zijn interventies mogen de patiënt niet schaden. Hij dient de autonomie van de patiënt te respecteren. Mensen hebben immers het vermogen om zelf uit te maken hoe zij willen leven en dus ook of, en zo ja hoe zij behandeld willen worden. Dwang daarbij is in principe niet toelaatbaar. Ten slotte dienen de medische mogelijkheden en voorzieningen rechtvaardig te worden ingezet voor patiënten die er het meest bij gebaat zijn, dus zonder aanzien des persoons.

Handelen om bestwil van de patiënt kan op gespannen voet staan met respect voor de autonomie van de patiënt. Een voorbeeld uit de alledaagse praktijk van het psychiatrische ziekenhuis is de depressieve patiënt die niet uit bed wil komen om deel te nemen aan het dagprogramma. Wanneer het behandelteam de ervaring

heeft dat de stemming van de betreffende patiënt meestal snel opklaart als hij eenmaal uit bed is gekomen en verslechtert als hij in bed blijft liggen, bestaat er een ethisch dilemma. In verschillende tijden en verschillende culturen is er verschillend gedacht over de voorrangregels die bij deze vraag gelden. In de eerste helft van deze eeuw bestond er in de psychiatrie een nagenoeg ongeclausuleerd bestwildenken. Uiteraard stimuleerde je de patiënt om uit bed te komen, om diens bestwil. Onder invloed van de democratisering van onze samenleving sloeg in de jaren zestig het bestwildenken om in een nagenoeg ongeclausuleerd respect voor autonomie. Als een patiënt niet uit bed wil komen, dan heb je niet het recht om hem daartoe te dwingen. De laatste jaren komt men hier weer wat van terug.

Algemeen geldt dat een psychiater weldoet wanneer hij de autonomie van zijn patiënt respecteert. Hij mag ervan uitgaan dat een goed geïnformeerde patiënt zelf het beste kan en zal aangeven welke medische interventies wel en welke niet bijdragen aan zijn welzijn. In uitzonderlijke gevallen bestaat er echter een tegenstelling tussen wat de patiënt wil en wat de psychia-

ter het beste voor de patiënt vindt. De psychiater kan dan kiezen voor paternalisme. Berghmans (1992) omschrijft dit begrip als volgt. Hij stelt dat een psychiater paternalistisch handelt wanneer hij de intentie heeft de patiënt wel te doen, en zijn handelen onafhankelijk is van de actuele wensen, keuzen en acties van de patiënt. Dit kan impliceren dat de psychiater handelt onder dwang. In ons land is deze laatste vorm van paternalistisch handelen alleen gelegitimeerd wanneer daarmee ernstig gevaar voor de patiënt en/of zijn omgeving kan worden afgewend. Er zijn ook landen, zoals Engeland, waarin dwangbehandeling in de psychiatrie toegestaan is wanneer een patiënt aan essentiële psychiatrische zorg tekort dreigt te komen.

Paternalisme in de gezondheidszorg komt veel voor. Hulpverleners handelen vaak op eigen initiatief, om bestwil van hun patiënten, met name wanneer het gaat om advies, bemoediging en troost. Een patiënt vertrouwt er immers op dat zijn arts of andere hulpverlener hem goede zorg verleent, ook als hij er niet expliciet om heeft gevraagd. Deze vorm van paternalisme is juridisch niet afdwingbaar, maar berust op de coöperatieve verhouding tussen arts en patiënt. Bij een te ver doorgevoerde juridisering van de hulpverlening, waarin de arts uitsluitend in actie komt op basis van een dienstverleningsovereenkomst, dreigt dit aspect in het gedrang te komen. Geneeskunde is in wezen een dialectisch proces waarin arts en patiënt zich samen inzetten voor het welzijn van de patiënt. Over beide vormen van paternalistisch weldoen en hun relatie met respect voor autonomie gaat dit artikel.

ONGECLAUSULEERD BESTWILDENKEN

In de eerste helft van deze eeuw was het bestwilbeginsel het leidende principe in de psychiatrie. Zo luidde artikel 1 van het reglement van het verplegend personeel van psychiatrisch ziekenhuis 'Wolfheze' in Wolfheze als volgt: 'De patiënten moeten in alles met Christelijke liefde, lankmoedigheid, blijmoedigheid en beslistheid

worden behandeld'. Respect voor de autonomie van de patiënt paste minder in de cultuur van die tijd. Patiënt en arts hadden elk hun eigen rol. De arts was de wetende en begiftigd met esculapisch gezag. De patiënt was de hulpbehoevende onwetende. Hij onderwierp zich aan het oordeel van de arts, in het vertrouwen dat de arts handelde om zijn bestwil.

Achteraf is gebleken dat de paternalistische interventies uit die tijd niet altijd hebben bijgedragen aan het welzijn van patiënten. Zo toonde Goffman (1961) aan dat leven in de 'totale institutie' van een groot psychiatrisch ziekenhuis patiënten soms eerder ziek dan gezond maakte. Velen van hen verloren snel na hun opname een groot deel van hun praktische vaardigheden die zij vóór opname nog wel hadden. Ook werden bepaalde psychiatrische behandelvormen om bestwil van de patiënt toegepast, desnoods ook onder dwang, waarvan later is gebleken dat het middel erger was dan de kwaal. Men kan denken aan strafshocks, medicatie met ernstige en soms onherstelbare bijverschijnselen, het trekken van de snijtanden, malariakuren, het operatief verwijderen van de bijniere en allerlei vormen van mutilerende hersenoperaties.

ONGECLAUSULEERD RESPECT VOOR AUTONOMIE

In de jaren zestig, de tijd van de antipsychiatrie, kwam hierop een reactie. Sociologen en antipsychiaters gingen eraan twijfelen of psychiatrische ziekten wel echt bestaan. Szasz (1961) sprak in dit verband over de 'myth of mental illness'. Hij beschuldigde psychiaters ervan de medische diagnose te gebruiken als label voor deviant gedrag en als subtiel middel voor de onderdrukking van een ongelukkige minderheid van de samenleving. De omgangsvormen tussen patiënt en arts wijzigden zich. Patiënten werden mondiger. Respect voor hun zelfbeschikkingsrecht kwam nu op de eerste plaats. Patiënten werden in de handhaving van dit recht onder meer bijgestaan door een patiëntenvertrouwenspersoon

(pvp). De Gedragsregels van de pvp schrijven voor dat deze bij conflicten tussen patiënt en hulpverlener over behandeling en bejegening onvoorwaardelijk partij kiest voor de belangen van de patiënt zoals de patiënt deze zelf ziet of formuleert. De pvp mag de klachten, wensen, verlangens of eisen van de patiënt niet, om diens bestwil, toetsen op redelijkheid, rechtmatigheid of invoelbaarheid. Hij dient de patiënt te steunen, ook al kiest deze voor zaken die iedereen schadelijk voor hem vindt (Berghmans 1992).

De verandering in de verhouding tussen patiënt en arts had ook zijn weerslag op de gezondheidswetgeving. Sinds 1994 werden zes nieuwe wetten van kracht waarin de autonomie van patiënten werd versterkt. (1) De Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO 1995) eist dat de arts met een patiënt eerst een behandelovereenkomst sluit voordat hij met een behandeling start. Patiënt en arts worden als gelijkwaardige partijen beschouwd. Een behandelovereenkomst is op te vatten als een civielrechtelijke dienstverleningsovereenkomst, vergelijkbaar met bijvoorbeeld een arbeidsovereenkomst of koopcontract. (2) De Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ 1994) bepaalt dat een patiënt alleen gedwongen mag worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en daar eventueel ook gedwongen mag worden behandeld, wanneer daarmee ernstig gevaar wordt afgewend. Dwang om bestwil, zoals onder de oude Krankzinnigenwet, is er dus niet meer bij. (3) De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (1995) regelt het klachtrecht van patiënten met betrekking tot het functioneren van gezondheidszorginstellingen. (4) De Wet Cliënten Medezeggenschap (1996) versterkt de invloed van patiënten op het beleid van instellingen. Zo hebben patiëntenvertegenwoordigers een stem bij de benoeming van bestuursleden van instellingen. (5) De Wet op het Mentorschap (1995) regelt de omgang van artsen met wilsonbekwame patiënten. (6) De Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG 1996) stelt kwaliteitseisen aan hulpverleners die een bepaalde

titel willen voeren. Daardoor kan de patiënt beter zijn keuze maken voor een bepaald type hulpverlener.

De achterliggende gedachte bij de versterking van het recht op zelfbeschikking is dat moderne patiënten autonome, geïndividualiseerde mensen zijn die door artsen gerespecteerd moeten worden. De patiënt wordt geacht zelf beter zijn belangen te kennen dan de arts die hem behandelt. Wat zinvol en goed is voor de ene patiënt, hoeft dat immers niet te zijn voor de andere. Zo geeft een hoogbejaarde met een forse hersenbloeding er waarschijnlijk de voorkeur aan om rustig thuis te sterven en laat een jonger persoon met eenzelfde aandoening zich vermoedelijk liever in een ziekenhuis opnemen om zo goed mogelijk gerevalideerd te worden. Maar zekerheid heeft de arts daarover nooit. Het uiteindelijke oordeel daarover ligt daarom bij de patiënt. Vandaar dat Berghmans (NRV 1992) stelt 'dat de waarde van vrijheid en autonomie van de patiënt voorafgaat aan andere waarden. Het beginsel van respect voor de autonomie stelt restricties aan het beginsel van weldoen'. Sommigen gingen nog een stap verder. De jurist Van Ginneken (1993) wees het bestwilbeginsel bij de toepassing van dwang in de geestelijke gezondheidszorg radicaal af. Hij constateerde dat het bestwilbeginsel weliswaar al lang door wetgever en Hoge Raad was verworpen, 'maar dat dit in de praktijk van 1993 nog springlevend is. Zelfs rechters zouden netjes praten over "gevaar" en doen alsof het daarom draait, terwijl ze zich in stilte afvragen wat nu het beste is voor de patiënt'. Van Ginneken verzuchtte dat hij geen directe remedie kon bedenken 'voor het euvel dat psychiaters onweerstaanbaar in hun hoofd bezig blijven met het bestwildenken, dat juridisch achterhaald is'.

De omslag in mensbeeld in de gezondheidszorg, van hulpbehoevende, onwetende patiënt naar zelfbewuste autonome consument, had ook effect op het ethisch denken van hulpverleners. Zij schoven op van een brede moraal, ofwel een deugdenmoraal (*ethics of direction*) in de richting van een smalle moraal, ofwel een regel Moraal

(*ethics of constraint*). In een brede moraal staat de eigen reflectie van de hulpverlener centraal over hoe hij zo goed mogelijk kan bijdragen aan het goede leven van de patiënt. De brede moraal sluit aan bij het ethische beginsel van weldoen. In een smalle moraal wordt het handelen van hulpverleners vooral bepaald door het juridisch getinte beginsel van respect voor autonomie (Van Asperen 1993). Sommige hulpverleners gingen in hun respect voor autonomie erg ver. Ze anticipeerden steeds meer op wat patiënten op basis van hun rechten van hen konden afdwingen. Hun eigen reflectie over hoe ze zelf konden bijdragen aan het goede voor de patiënt raakte steeds meer uit het vizier. Rechterlijke uitspraken in kort geding over handelen om bestwil waarbij zij in het ongelijk werden gesteld, droegen daartoe bij.

TERUG NAAR HET MIDDEN

Op de omslag in de jaren zestig naar respect voor autonomie is weer een reactie gekomen. Psychiaters voelen zich momenteel vaak tussen twee vuren zitten. Enerzijds eist de wet van hen dat ze het zelfbeschikkingsrecht van psychiatrische patiënten respecteren, anderzijds eist de publieke opinie, met name patiënten- en familieverenigingen (bijvoorbeeld Ypsilon), dat het respect voor de autonomie van patiënten met afwijkend gedrag niet te groot wordt, omdat dat kan leiden tot maatschappelijke overlast en tot verwaarlozing van deze patiënten. Een voorbeeld hiervan is het incident dat bekend is geworden als 'het drama van de Vrolijkstraat'. Een meisje van twaalf jaar werd op weg naar school gedood door iemand die bij de Amsterdamse RIAGG bekend was als een 'zorgwekkende zorgmijder'. De samenleving reageerde verontwaardigd. Men vond dat de psychiatrie te ver was gegaan in haar respect voor autonomie bij iemand die deze autonomie klaarblijkelijk niet kon hanteren. De Hoge Raad kwam met soortgelijke geluiden. Hij formuleerde een ruimere interpretatie van het begrip 'gevaar' in de wet BPOZ, met daarin dui-

delijk kenmerken van bestwildenken. De Hoge Raad verstaat momenteel onder gevaar ook: 'suïcidaliteit, automutilatie, gevaarlijke staat van zelfverwaarlozing, gevaar voor het maatschappelijk of sociaal bestaan van de patiënt, gevaar voor zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid van de burens van de patiënt en het creëren van een chronische explosieve situatie in de sociale omgeving, waardoor verdergaand geweld onafwendbaar lijkt'. Mede op verzoek van de minister van vws stuurde de Inspectie voor de Gezondheidszorg enkele jaren geleden aan alle psychiaters een brochure met de dubbelzinnige titel 'Gevaar in de Wet BOPZ', met daarin aandacht voor de ruimere interpretatie van de Hoge Raad van het begrip 'gevaar'. De reden van dit initiatief was dat, naar het oordeel van de bewindslieden, aan patiënten soms de juiste zorg wordt onthouden door een té ruime opvatting over autonomie en een té beperkte interpretatie van gevaar. Deze verschuiving in de richting van het bestwildenken heeft zich verder voortgezet. Naar aanleiding van een melding in het jaarverslag 1997 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over illegale dwangmaatregelen in verzorgingshuizen liet de minister van vws binnen enkele dagen weten op korte termijn de reikwijdte van de Wet BOPZ te willen verruimen tot deze instellingen.

INTERNATIONALE VERSCHILLEN

We hebben gezien dat de ethische opvattingen over de toelaatbaarheid van dwang binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg niet vastligt, maar fluctueert met het mensbeeld in een bepaalde tijd. Ook tussen landen bestaan aanzienlijke verschillen in rechtvaardigingsgronden voor dwang in de geestelijke gezondheidszorg. In de vs, Duitsland, België en Israël is men, net als in ons land, overgestapt van het bestwilcriterium naar het gevaarcriterium. Andere landen, zoals Engeland, Frankrijk, India, Japan, Zwitserland en de Scandinavische landen, hebben zo'n overstap niet gemaakt. Daar kan een

psychiatrische patiënt gedwongen worden opgenomen indien deze naar het oordeel van de familie of de arts baat heeft bij een behandeling. In sommige landen houdt men het gevaarcriterium en de rechter buiten de procedure voor een gedwongen opname in de gezondheidszorg vanwege een stigmatiserende werking die hiervan kan uitgaan en associaties met criminaliteit. Indien nodig, vindt daar alleen achteraf een juridische toetsing plaats.

In de VS is na de overgang in de wetgeving van het bestwilcriterium naar het gevaarcriterium het effect op de zorg uitgebreid onderzocht. Appelbaum (1994) bekeek twintig studies op drie onderwerpen: (1) veranderingen in het aantal gedwongen opnames na de overgang; (2) veranderingen in de aard van psychiatrische problematiek van gedwongen opgenomen patiënten; en (3) de aard van de psychiatrische problematiek van de patiënten die na de overgang ten onrechte verstoken bleven van psychiatrische zorg.

In het eerste jaar na de overgang werd veelal een daling gezien in het aantal gedwongen opnames. Uit langerdurende studies kwam echter naar voren dat na een aantal jaren het aantal opnames onder dwang gelijk of zelfs hoger was dan vóór de overgang. In sommige staten bleef het aantal gedwongen opnames wel laag gedurende langere tijd, maar de oorzaak hiervan was de sterke reductie in het totale aantal beschikbare bedden. In geen enkele studie werd na de overgang enige verandering gevonden in de aard van de psychiatrische problematiek die aanleiding was geweest voor een gedwongen opname. Onder de nieuwe wetgeving voldeden de patiënten dus niet in sterkere mate aan het gevaarcriterium dan onder de oude.

Ten slotte deed Appelbaum dossieronderzoek naar de aard van psychiatrische problematiek van patiënten die na de overgang niet meer opgenomen werden, maar wel psychiatrische hulp nodig hadden: de groep van de 'dying patients with their rights on'. Er bleek een sterke relatie te bestaan tussen de ernst van het psychiatrische beeld en de aanwezigheid van gevaar.

'Gevaarlijke' patiënten waren dus vaak ook de patiënten met ernstige psychopathologie. De aanwezigheid van gevaar had deze groep patiënten dus aan een gedwongen opname geholpen, hetgeen ook juist de bedoeling was van de nieuwe wet. Op grond van zijn evaluatieonderzoek concludeerde Appelbaum dat in de VS na invoering van het gevaarcriterium in de wet op de langere termijn minder is veranderd in de psychiatrische praktijk dan verwacht. Hij schreef hierover een boek met de veelzeggende titel *Almost a Revolution* (1994). Volgens Appelbaum is de oorzaak van het uitblijven van het beoogde effect dat van een wet geen zelfbekrachtigende werking uitgaat wanneer deze niet spoort met de morele intuïties van de samenleving over het betreffende onderwerp. Wanneer een patiënt geen direct gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving, maar het evident is dat hij wel baat kan hebben bij een psychiatrische behandeling, dan blijken rechters, advocaten, medisch personeel en de familie van de patiënt de wet toch om te buigen in de richting van bestwil en paternalisme. Het gevaarcriterium wordt dan zo ver opgerekt dat de mogelijkheden voor het bieden van goede zorg toch niet worden geblokkeerd door de wet. Morele overtuigingen blijken het uiteindelijk te winnen van juridische regels.

Deze bevindingen mogen geenszins worden opgevat als een pleidooi voor terugkeer naar het ongeclausuleerde bestwildenken van vroeger. Respect voor de autonomie van de patiënt is en blijft het fundament van een goede arts-patiëntrelatie. *Informed consent* op basis van goede informatie draagt sterk bij aan de therapietrouw van de patiënt. Maar wanneer er een ethisch dilemma ontstaat tussen respect voor autonomie en handelen om bestwil, dan blijkt uit het onderzoek van Appelbaum dat niet alleen het bloed van psychiaters kruipt waar het juridisch misschien niet gaan kan, maar ook dat van rechters en familieleden.

ONGEVRAAGD WELDOEN

Paternalisme in de geneeskunde beperkt zich niet tot handelen onder dwang. Het beroep van arts of andersoortige hulpverlener vraagt bij tijd en wijle om een andere vorm van paternalisme. De WGBO beoogt weliswaar versterking van de autonomie van de patiënt, de afhankelijkheid van de patiënt van zijn behandelaar wordt erdoor toch niet geheel opgeheven (Van der Burg e.a. 1994). Een patiënt verwacht van zijn arts dat hij de ziekte van de patiënt op een kundige manier zal behandelen, maar ook dat hij, op basis van een brede moraal, de patiënt ongevraagd, waar nodig en mogelijk, zal weldoen door hem te adviseren, te bemoedigen, te troosten en door zijn lijden te verzachten. In een tijd waarin het verkeer tussen arts en patiënt steeds meer in juridische regels en dienstverleningsovereenkomsten vastgelegd wordt, kan dit aspect van hulpverlening in het gedrang komen, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld.

Wanneer een arts in het kader van een behandelovereenkomst een behandeling heeft uitgevoerd, stuurt hij de patiënt daarvoor een rekening, zoals een garagehouder dat doet voor de reparatie van een auto. Maar mag hij ook een rekening sturen wanneer hij, na een plotseling sterfgeval van een hoogbejaarde vrouw, in de maanden daarna op eigen initiatief enkele malen de achtergebleven, eveneens hoogbejaarde weduwnaar opzoekt om te zien hoe het met hem gaat en of aanvullende zorg nodig is? In de rubriek 'Vraag en aanbod' van de *Consumentengids* van maart 1996 werd een dergelijk probleem beschreven onder de kop 'De huisarts zomaar op bezoek!'. Een vrouw die net bevallen was bij een vroedvrouw, klaagde over een rekening voor een ongevraagde visite van de huisarts, die was komen kijken hoe moeder en kind het in het kraambed maakten. De klacht van de vrouw was volgens de *Consumentengids* terecht, alhoewel het blad ook begrip toonde voor de huisarts. Maar in zijn antwoord aan de vrouw stelde de *Consumentengids* evenwel: 'Het pleit niet voor

uw huisarts dat hij het nooit met u over deze zakelijke kanten heeft gehad'.

Paternalisme in de vorm van ongevraagd weldoen past formeel niet in een dienstverleningsovereenkomst. De WGBO biedt er echter wel ruimte voor door de arts erop te wijzen 'bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen'. Wat is echter goed? Om deze vraag te beantwoorden kan men twee aspecten in het werk van artsen onderscheiden. In elk heeft het begrip 'goed' een eigen inhoud. Het ene aspect is het aangaan en onderhouden van een hulpverleningsrelatie. De drijvende kracht is hier het directe appèl dat de lijdende mens doet op zijn medemens, in dit geval op de arts (Lévinas 1969). Dit appèl wekt bij de arts sympathie, in de letterlijke betekenis van het woord, met zijn patiënt. 'Goede zorg' is het antwoord van de arts op zo'n appèl. Het zet hem aan tot bemoeienis met de patiënt in allerlei vormen, zoals steun, advies, troost en bemoediging vanuit een brede moraal. Een aansporing hiertoe stond jarenlang boven de deur van de collegezaal psychiatrie/neurologie van de Rijksuniversiteit Groningen: 'Bist du ein Mensch so fühle meine Not', een citaat uit Goethes *Faust*.

Het andere aspect van geneeskunde is de medisch-technische behandeling van de ziekte. Daartoe distantieert de arts zich enigszins van de patiënt om de ziekte te kunnen objectiveren. 'Goede zorg' is correct diagnosticeren en deskundig en bekwaam behandelen, in overeenstemming met de individuele behoeften en wensen van de patiënt. Diagnostische en behandelprotocollen krijgen in dit vakspecialistische proces een steeds prominentere plaats, omdat geprotocolleerd werken de kans vergroot dat ziekten op een snelle en goede manier worden opgespoord en op een effectieve manier worden behandeld. Het moge echter duidelijk zijn dat artsen het niet kunnen laten bij geprotocolleerd werken in het kader van een dienstverleningsovereenkomst. Behandelen van ziekten wordt pas mogelijk binnen een samenwerkingsrelatie tussen arts en patiënt op basis van wederzijds vertrouwen.

Hulpverleners is een proces waarin hulpverlener en patiënt zich samen inzetten voor 'het goede leven' van de patiënt. Als het goede leven geheel wordt ingevuld door de patiënt zelf, dat wil zeggen als de patiënt volledige autonomie claimt en elke vorm van paternalisme afwijst, dan zet hij de hulpverlener buitenspel en laat hij hem geen ruimte voor weldoen op eigen initiatief. De patiënt doet zichzelf daarmee tekort omdat hij dan nooit méér zorg krijgt dan waarom hij heeft gevraagd.

Als het goede leven geheel wordt ingevuld door een paternalistische hulpverlener, komt de patiënt óók tekort; om te kunnen helpen moet de hulpverlener immers eerst de patiënt en zijn 'goed' zo goed mogelijk leren kennen. Het oordeel van de patiënt over de zinvolheid van een voorgenomen behandeling is daarbij essentieel. Is de hulpverlener niet geïnteresseerd in dit oordeel, en denkt hij steeds beter te weten dan de patiënt zelf wat goed voor de patiënt is, dan kan weldoen ontaarden in schade doen. Een psychiater slaagt er nooit in het 'goed' van zijn patiënt volledig te kennen. Er blijft altijd een kloof tussen beiden omdat elk zijn eigen geschiedenis heeft en zijn eigen normen en idealen. Weldoen blijft daarom een zaak van wikken en wegen. Deze fundamentele onzekerheid ontslaat de psychiater echter niet van zijn plicht om zelf over het goede voor zijn patiënt na te denken en zich hiervoor, naar beste weten, in te zetten. Uitsluitend weldoen op contract, en voor het overige de autonomie van de patiënt respecteren, is juridisch gezien misschien veiliger, maar hulpverlening verschaalt dan wel tot dienstverlening op afroep.

LITERATUUR

- Appelbaum, P.S. (1994). *Almost a revolution. Mental health laws and the limits of change*. Oxford: University Press.
- Asperen, G.M. van (1993). *Het bedachte leven. Beschouwingen over maatschappij, zingeving en ethiek*. Amsterdam/Meppel: Uitgeverij Boom.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1989). *Principles of biomedical ethics. Third Edition*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Berghmans, R.L.P. (1992). *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie. Een gezondheidsethische studie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Burg, W. van der, & Ippel, P. (1994). *De Siamese tweeling. Recht en moraal in de biomedische praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- GINNEKEN, P. van (1993). 'Een zodanig gevaar'. *NcGv-reeks 93-21*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Goffman, E. *Asylums (1961). Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1995). *Gevaar in de wet BOPZ*. Rijswijk.
- Lévinas, E. (1969). *Het menselijk gelaat (Essays van Emmanuel Lévinas. Gekozen en ingeleid door Ad Peperzak)*. Utrecht: Ambo.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1996). *Wet BOPZ Evaluatierapport*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Publicatiereeks, nummer 2.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1992). *Weldoen of Niet Doen; Discussienota over dwang en drang in de geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, publicatie 18.
- Szasz, T.S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Hoeber-Harper.

AUTEURS

F.A.M. KORTMANN is hoogleraar psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres: Afdeling Psychiatrie Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-8-1999.

SUMMARY Paternalistic beneficence by contract – F.A.M. Kortmann –

The principles of paternalistic beneficence and autonomy seem to be contradictory ethic values. However this contrast is less in practice. A psychiatrist acts beneficent if he respects the autonomy of the patient. This article deals with two paternalistic exceptions: compulsory treatment and benevolent actions on the physicians' own initiative. Medicine is paternalistic in essence. Both the patient and the physician exert themselves to improve the wellbeing of the patient.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 5, 319-326]

KEYWORDS autonomy, beneficence, ethic, law, psychiatry