

## Autonomie in de psychiatrie

G.A.M. WIDDERSHOVEN, R.L.P. BERGHMANS, A.C. MOLEWIJK

*Het ethische beginsel van respect voor de autonomie van de patiënt heeft een belangrijke plaats verworven in de psychiatrische hulpverlening. Binnen het dominante rechtendiscours wordt dit autonomiebeginsel eenzijdig ingevuld vanuit een negatief vrijheidsconcept: het vrijwaren van het individu van ongewenste bemoeienis. Tegenover deze invulling van het autonomiebeginsel worden een aantal alternatieve benaderingen uitgewerkt. Kenmerkend voor deze benaderingen is dat zij een bredere en rijkere invulling aan het autonomiebeginsel geven. De implicaties van de verschillende benaderingen voor de klinische praktijk worden aan de hand van een casus geïllustreerd.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 6, 389-398]

TREFWOORDEN autonomie, ethiek, psychiatrie

Het ethische beginsel van respect voor de autonomie van de patiënt is niet meer weg te denken uit de psychiatrische hulpverlening. Juridisch heeft dit beginsel een vertaling gekregen in het principe van zelfbeschikking. Dit vormt een belangrijk uitgangspunt in voor de psychiatrie relevante wetgeving zoals de wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) en de WGBO (Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst). Het autonomiebeginsel heeft onmiskenbaar positieve gevolgen voor de eigen inbreng van de patiënt in de zorgverlening. Deze heeft meer zeggenschap over psychiatrische begeleiding en behandeling gekregen.

Inmiddels zijn echter ook schaduwzijden van het autonomiebeginsel zichtbaar geworden (Widdershoven 1998; Van Veldhuizen 1998). Zo wordt gewezen op het risico van verwaarlozing van de patiënt die zich aan zorg onttrekt, en op het spanningsveld tussen de rechtspositie van de patiënt en de beroepsethiek van de hulpverlener (Kortmann 1988, 1995; Hassing e.a. 1995). In de praktijk worden nieuwe initiatieven ontplooid om bijvoorbeeld 'zorgwekkende zorgmijders' te bereiken, zoals outreachende hulpverlening en

bemoeizorg. Politiek staat het thema 'drang en dwang' hoog op de agenda (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 1997; Kabinetsstandpunt Evaluatie wet BOPZ 1997). Actueel zijn discussies over ambulante dwangbehandeling, over het verruimen van de mogelijkheden tot dwangbehandeling bij patiënten zonder ziekte-inzicht en over het gebruik van zogenaamde zelfbindingsverklaringen. In deze discussies is de autonomie van de patiënt een belangrijk aandachtspunt.

Binnen de (gezondheids)ethiek is de laatste jaren een reactie gekomen op de gangbare invulling van het autonomiebeginsel. Gepleit wordt voor een benadering waarin het accent niet (uitsluitend of overwegend) ligt op het recht op zelfbepaling van het individu, maar waarin (ook) aandacht is voor de manier waarop mensen hun leven vormgeven in interactie met anderen. Daarbij wordt het juridische kader niet beschouwd als eindpunt, maar als beginpunt van de discussie.

Hoe het autonomiebeginsel wordt ingevuld, heeft gevolgen voor de hulpverlener-patiëntrelatie en voor de manier waarop hulpver-

leners en patiënten in de psychiatrie met elkaar omgaan, onder andere waar het de toepassing van drang en dwang betreft.

In dit artikel wordt allereerst theoretisch aandacht besteed aan uiteenlopende visies op autonomie. Vervolgens wordt aan de hand van een concrete casus aangegeven hoe deze visies voor de praktijk kunnen uitwerken. Kennis van de verschillende visies op autonomie en van de implicaties daarvan voor de klinische besluitvorming kunnen de discussie en bewustwording stimuleren.

## RECHTENDISCOURS

Respect voor autonomie heeft zijn wortels in het rechtendiscours dat in de gezondheidszorg belangrijke betekenis heeft verworven. Hierin heeft vrijheid, en in het verlengde daarvan respect voor individuele autonomie, een centrale plaats. Omdat vrijheid en respect voor autonomie met elkaar verbonden begrippen zijn, wordt eerst stilgestaan bij het concept 'vrijheid'.

Berlin (1969) onderscheidt negatieve en positieve vrijheid. Bij negatieve vrijheid ligt het accent op het feit dat iemand kan handelen zonder dwang door of bemoeienis van anderen ('*freedom from*'). Het heeft te maken met het hebben van een zo groot mogelijk vrij handelingsdomein. Het is deze negatieve vrijheidsopvatting, die ook wel gekwalificeerd is als 'het recht om met rust gelaten te worden', die ten grondslag ligt aan het heersende zelfbeschikkingsvertoog.

Bij positieve vrijheid gaat het daarentegen om de vergroting van de handelings- en keuzevrijheid van mensen. Het gaat dan niet om '*freedom from*' maar om '*freedom to*': positieve vrijheid focust op het vermogen van een persoon om bron van zijn beslissingen te zijn en om zijn leven te leiden in overeenstemming met eigen redenen, doelen en plannen. Negatieve vrijheid heeft vooral een beschermende functie; positieve vrijheid is ondersteunend of bevorderend.

Met name in de ethiek wordt wel gepleit

voor het hanteren van een concept van positieve vrijheid, naast of complementair aan het negatieve vrijheidsbegrip (zie verderop). Uitgangspunt is dat het bevorderen van vrijheid méér behelst dan het vrijwaren van het individu van ongewenste externe bemoeienis.

## AUTONOMIE ALS VERMOGEN

In de gezondheidszorg wordt een groot gewicht toegekend aan de juridische notie van geïnformeerde toestemming (*informed consent*). De patiënt stemt al dan niet in met behandeling nadat deze daarover informatie van de hulpverlener heeft gekregen. Door de geïnformeerde toestemming krijgen handelingen van hulpverleners, die zonder die toestemming niet of moeilijk te legitimeren zouden zijn (bijvoorbeeld omdat ze een inbreuk vormen op de lichamelijke of geestelijke integriteit van de persoon), hun legitimatie.

In de ethiek is dit eveneens een belangrijke conceptualisering van autonomie. Verschillende gezaghebbende auteurs benadrukken dat respect voor autonomie betekent dat de hulpverlener zich moet onthouden van inmenging in de besluitvorming van de patiënt (Beauchamp & Childress 1994; Dupuis 1998). Toch zijn er onder ethici ook meer inhoudelijke benaderingen van autonomie te vinden, dat wil zeggen benaderingen waarbij tevens de aard van de gemaakte keuzen in de beschouwing wordt betrokken. Tegenover autonomie als *recht* spreekt men in dit verband wel van autonomie als *vermogen* (Berghmans 1992).

Hierna wordt een drietal benaderingen gepresenteerd die ieder een eigen uitwerking geven van autonomie als vermogen.

*Autonomie als kritische reflectie* De Amerikaanse filosoof Gerald Dworkin (1988) poogt vanuit een rechtentheoretisch kader invulling te geven aan autonomie als vermogen. Hij legt de nadruk op psychologische vermogens die noodzakelijk zijn om autonoom te handelen. Het accent ligt

daarbij op kritische reflectie. Dit vooronderstelt bepaalde cognitieve vermogens, vooral het vermogen tot praktische rationaliteit. Autonomie is een vermogen van de tweede orde om kritisch te reflecteren op de eigen voorkeuren, verlangens en behoeften van de eerste orde, alsmede het vermogen deze te accepteren, of te trachten deze te wijzigen in het licht van waarden en preferenties van een hogere orde (Dworkin 1988). Het vermogen om de vraag te stellen of men zich al dan niet zal identificeren met de redenen tot handelen die men heeft, is cruciaal voor autonomie.

Concreet betekent dit dat handelingen of keuzen slechts autonoom zijn als deze onderwerp van kritische reflectie zijn. Impulsieve keuzen, onbezonnen handelingen of beslissingen waarvoor iemand geen redenen kan geven, zijn niet autonoom.

Dit betekent niet dat autonomie geheel op één lijn staat met noties als authenticiteit en onafhankelijkheid. Zo kan iemand ook autonoom zijn als hij zich onderwerpt aan de regels van een bepaald leergezag. Voorwaarde is wel dat deze 'keuze' plaatsvindt op basis van kritische reflectie.

In deze benadering heeft de inhoud van de wensen van een persoon duidelijk relevantie. In de psychiatrie kan gemakkelijk twijfel rijzen omtrent de mate waarin iemand in staat is om kritisch te reflecteren op zijn keuzen. Verschillende psychiatrische stoornissen kunnen de autonomie ondermijnen doordat ze het vermogen tot praktisch redeneren verstoren (zoals bij schizofrene patiënten het geval kan zijn), doordat de premissen van waaruit de patiënt redeneert niet overeenstemmen met de werkelijkheid (zoals in geval van paranoia), of omdat de waarden en overtuigingen van de patiënt radicaal afwijken van diens 'normale' waarden en overtuigingen (bij depressie) (DeGrazia 1994).

*Autonomie als praktische identificatie* Dworkin richt zich vooral op rationeel-reflectieve vermogens. Autonomie is verbonden met het kritisch evalueren van preferenties. Deze nadruk op ratio-

nele reflectie is evenwel discutabel. Keuzes gaan niet altijd gepaard met bewuste en expliciete afwegingen. Autonomie heeft, aldus critici van de rationalistische benadering, primair te maken met het zelf handelen en zichzelf herkennen in een situatie (Widdershoven 1995). Deze herkenning veronderstelt geen voorafgaande reflectie. Ze ligt integendeel ten grondslag aan elke reflectie over wie men zou willen zijn.

Deze opvatting van autonomie als praktische identificatie is uitgewerkt door de ethicus Agich (1993). Volgens Agich gaat het bij respect voor autonomie om de ondersteuning van een persoon tijdens het proces van het zich identificeren met dat wat er gebeurt. De nadruk ligt daarbij op alledaagse handelingen, gebeurtenissen en activiteiten, zoals het deelnemen van de patiënt aan therapieën, gemeenschappelijk koken op de afdeling, of het maken van een wandeling. Niet de vraag of en hoe iemand voor deelname aan dergelijke activiteiten 'kiest' is relevant, maar de concrete ervaring van de patiënt. Ook Agich meent dat autonomie niet gebaseerd is op absolute onafhankelijkheid. Echter, het criterium voor autonomie is niet gelegen in kritische reflectie op gedeelde waarden, maar in de concrete, doorleefde identificatie met die waarden.

Gedragingen kunnen als autonoom ervaren worden als zij deel uitmaken van de identiteit zoals de persoon die ervaart en gestalte geeft. Zich identificeren met iets volgt voornamelijk uit de concrete lichamelijke ervaring in het hier en nu en de (onbewuste) intentionaliteit van het individu tijdens alle dagelijkse handelingen, zonder dat de persoon zich steeds afvraagt wat zijn of haar identiteit is. Agich meent dat individuen nooit volledig gevormd zijn, maar altijd deel uitmaken van een dynamisch proces van ontwikkeling, afhankelijk van interactie met de omgeving. Alleen voor iemand zonder identiteit betekent vrijheid absolute onafhankelijkheid. Afhankelijkheid hoeft vrijheid niet aan te tasten, zolang de persoon zich kan identificeren met datgene waarvan hij of zij afhankelijk is. Aldus wordt ook

de wederzijdse beïnvloeding van hulpverleners en hulpvragers geïnterpreteerd. Verwijzend naar oudere bewoners in een verzorgings- of verpleeghuis stelt Agich dat het belangrijker is hen te helpen om te leven in het aangezicht van kwetsbaarheid, verlies en de dood, dan hun allerlei keuzen aan te bieden (Agich 1993).

Bij de toepassing van dit autonomieconcept in de psychiatrie zijn ten minste de volgende twee zaken relevant: (1) de manier waarop de patiënt zich identificeert met hetgeen gebeurt, en (2) de manier waarop andere personen een dergelijke identificatie als significant en reëel (h)erkennen. Belangrijk is in hoeverre patiënten en hulpverleners elkaars gedragingen interpreteren en verklaren, en of autonomie als identificatie in hun ogen relevant is. Hoe kan een persoon zich identificeren met een bepaalde omgeving of een praktische handeling en hoe wordt betekenis gegeven aan de leefwereld in relatie tot iemands eigen persoonlijke geschiedenis?

In dat verband ziet Agich zingeving (in overeenstemming met de fenomenologie van onder anderen Merleau-Ponty (Widdershoven 1987)) zowel als een act of proces op zichzelf dat min of meer automatisch (onbewust) plaatsvindt en waarin alle betrokkenen meedoen, als iets dat expliciet onderwerp van een dialoog kan zijn en in het proces een betekenis krijgt, zonder dat een van de betrokkenen de feitelijke betekenis geheel kan bepalen.

Deze opvatting van zingeving en identiteit brengt met zich mee dat de autonomie van de psychiatrische patiënt steeds opnieuw actueel en concreet gemaakt dient te worden in relatie met de ervaringen van de betrokkenen. Dit veronderstelt een dynamische interactie, waarbij respect voor autonomie niet automatisch wordt opgevat als het aanbieden van enkele keuzemogelijkheden. Het gaat er integendeel om na te gaan of de patiënt zich met de situatie identificeert.

*Autonomie in communicatie* Net als Agich gaat de filosoof Moody (1992) ervan uit dat de rechten van de patiënt van groot belang zijn

(geweest) voor ontwikkelingen in de huidige gezondheidszorg. Tegelijkertijd concludeert Moody dat een liberaal autonomieconcept niet snel in instellingen voor chronische zorg zal worden aangetroffen. Ervaringen in de chronische zorg vragen om een ander begrippenkader, dat recht doet aan de alledaagse praktijk van zorgverlening.

Een fundamentele behoefte is het ideaal van menselijke waardigheid. Deze bestaat niet alleen uit op zichzelf staande handelingen, rationele overwegingen of het geven van toestemming, maar wordt voornamelijk bepaald door sociale communicatieprocessen. In plaats van autonomie vanuit een individueel perspectief te benaderen, hanteert Moody een contextuele benadering. Als alternatief voor *informed consent* werkt Moody het concept *negotiated consent* uit. Voor deze vorm van onderhandeling stelt Moody enkele procedurele basisvoorwaarden op, die nauw verwant zijn met de theorie van Habermas over het communicatieve handelen (Habermas 1987; Widdershoven 1987).

Moody distantieert zich van het gebruik van absolute, universele regels of ethische principes. Zijn communicatieve benadering biedt geen kant-en-klare oplossingen voor de (morele) conflicten die zich in de zorg voordoen: communicatie onderdrukt conflicten en verschillen niet, maar is in staat een compromis of *negotiated settlement* te bereiken in plaats van een oplossing die gebaseerd is op absolute regels.

Moody onderscheidt in het kader van *negotiated consent* vier vormen van interventie. De eerste is *advocacy* ('opkomen voor'). Dit kan aan de orde zijn bij externe bedreigingen van de vrijheid van de patiënt. De hulpverlener stelt zich op als advocaat van de patiënt en probeert diens belangen te verdedigen. De hulpverlener kan zich sterk maken voor de legitieme belangen van de patiënt en een bemiddelende rol spelen naar anderen, bijvoorbeeld naar een verhuurder die dreigt de patiënt de huur op te zeggen, of naar medehulpverleners die onvoldoende oog hebben voor bijvoorbeeld de behoefte van de patiënt aan

regelmatige rustmomenten. De hulpverlener is niet een passieve spreekbuis van de patiënt, maar zal vaak moeten interpreteren wat de patiënt wil.

Het tweede type interventie is *empowerment* ('in staat stellen'). *Empowerment* heeft betrekking op interne bedreigingen van iemands authentieke keuzen en bestaat uit het aanvullen van tijdelijke gebreken. Als gevolg van psychopathologie, bijvoorbeeld een waan of een depressieve stemming, kan iemand worden belemmerd in het nastreven van zijn authentieke doelen. Moody geeft het voorbeeld van een oudere patiënte in een verpleeghuis die het grootste deel van de dag alleen op haar kamer doorbrengt. Meestal laat ze na de maaltijd in de eetzaal te nuttigen. Als haar lichaamsgewicht ernstig vermindert, wordt door de staf overwogen haar gedwongen te voeden. Een verpleegkundige die met patiënte een goede verstandhouding had, nodigde haar een keer uit om samen uit lunchen te gaan. Patiënte zei daarop dat ze nooit een uitnodiging afwees en ging vervolgens samen met de verpleegkundige naar de eetzaal.

Via een zoektocht naar iemands historische identiteit en vroegere zelfdefinities tracht de hulpverlener de huidige situatie te herdefiniëren vanuit de veronderstelde persoonlijke geschiedenis. In het voorbeeld vormt het feit dat de patiënte zichzelf definieert als een gedistingeerde dame die geen formele uitnodiging kan weigeren, een ingang voor de hulpverlener om op een waardige wijze de impasse rond het eten te doorbreken. Door het ontdekken van de vroegere zelfdefinitie van patiënte kan deze haar zelfrespect herwinnen.

Iemand in staat stellen invulling te geven aan beslissingen betekent een voortdurende alertheid op de negatieve spiraal van institutionalisering. Van cruciaal belang zijn zowel de interpretatie en het begrijpen van het gedrag van de patiënt, als het geloof in diens vermogens. Een voorwaarde voor deze vorm van interventie, die de authentieke autonomie beoogt te bevorderen, is een langdurige persoonlijke relatie en oprechte betrokkenheid.

Het derde niveau van interventie is *persuasion* ('overtuigen'). Overtuigen is binnen het onderhandelen een rationele manier om argumenten naar voren te brengen die binnen het perspectief van de patiënt passen en daardoor deze ertoe kunnen aanzetten de eigen mening te wijzigen. Het gaat daarbij niet slechts om het geven van advies aan patiënten die niet meegaand zijn; er moet een basis zijn in het wederzijdse vertrouwen en de persoonlijke relatie tussen patiënt en hulpverlener.

Een illustratie is een patiënt die lijdt aan een depressie en psychofarmaca weigert omdat diens zus, die eveneens ernstig depressief is geweest, als gevolg daarvan ernstig ziek was geworden en met spoed in het ziekenhuis moest worden opgenomen. De arts tracht de patiënt ervan te overtuigen dat in zeldzame gevallen het gebruik van psychofarmaca inderdaad ernstige somatische klachten kan veroorzaken, maar dat de ervaring van de zus niet betekent dat iets dergelijks ook nu bij hem zal gebeuren. Bovendien belooft hij dat de medische conditie van de patiënt nauwlettend gevolgd zal worden. Na herhaalde gesprekken weet de arts de patiënt ervan te overtuigen dat het de moeite waard is gedurende een periode van twee weken de behandeling te ondergaan.

Moody waarschuwt voor schijnonderhandeling: wanneer er sprake is van manipulatie, onderdrukking of dreiging met het verbreken van de hulpverleningsrelatie, kan er geen sprake zijn van *persuasion*. Het is belangrijk dat de hulpverlener het perspectief en de beleving van de patiënt als uitgangspunt neemt. Zo geeft het simpelweg bestempelen van het gedrag van een patiënt als 'weigerachtig' of 'querulant' weinig inzicht in de mogelijke redenen die deze heeft om zich in een specifieke situatie 'koppig' op te stellen (Moody 1992).

De vierde manier van interveniëren is *making decisions for others* ('overnemen van beslissingen'). Als anderen beslissingen nemen voor de patiënt, betekent dit doorgaans dat de wilsbekwaamheid van de patiënt beperkt is, hetgeen niet noodzakelijk met zich meebrengt dat er

geen onderhandeling meer plaatsvindt. Moody waarschuwt voor een te strikte naleving van juridische en procedurele regels waarbij, na het vaststellen van iemands wilsonbekwaamheid, gedelegeerde autonomie, gemachtigde toestemming, of vroeger opgestelde wilsverklaringen als enige optie overblijven. Niet alleen dreigt paternalistisch handelen aldus via de achterdeur binnen te komen, maar tevens ontstaat zo het gevaar dat het proces van interpreteren en onderhandelen stil komt te liggen.

In de psychiatrie betekent deze benadering dat de nadruk ligt op expliciete, open en rechtvaardige communicatieve onderhandelingen. Er bestaan verschillende meningen over 'goede' zorg. Iedere deelnemer aan een proces van onderhandeling moet het bereiken van een draagvlak voor een compromis als uitgangspunt nemen. Zonder direct het antwoord te kennen op de vraag wat het beste is in een bepaalde situatie gaat het vooral om de manier waarop betrokkenen gezamenlijk besluiten nemen. Hoe ervaren hulpverleners en hulpvragers het onderhandelingsproces? Op welke manier en in welke situaties onderhandelen zij en komen ze tot compromissen? Daarbij kunnen en moeten hulpverleners actief optreden. Zij dienen te zoeken naar interventies die de patiënt activeren, zonder alles over te nemen. Zij hoeven het gedrag daarbij niet als gegeven te beschouwen, maar kunnen het ter discussie stellen door concrete alternatieven aan te bieden en de betrokkene te motiveren in een interactief proces.

#### AUTONOMIE IN DE PRAKTIJK: EEN CASUS

Wat betekent het ethische beginsel van respect voor de autonomie van de patiënt in de praktijk van de psychiatrie? Om te illustreren welke de praktische implicaties van de hiervoor geschetste perspectieven kunnen zijn, is de volgende casus illustratief. Het is een bewerkte versie van een casus die ontleend is aan Kortmann (1988, 1996). Wij trachten in het navolgende een meer theore-

tische en systematische onderbouwing te geven van hetgeen Kortmann (1996) pragmatisch en meer fragmentarisch heeft uitgewerkt.

Een patiënt is opgenomen in een psychiatrische kliniek. Hij gedraagt zich passief en blijft de hele dag onverzorgd op bed liggen. Hij reageert niet op verzoeken om deel te nemen aan dagelijkse activiteiten. Ook op een aanbod voor therapie gaat hij niet in.

Een voor de praktijk relevante vraag is hoe in een dergelijk geval gehandeld moet worden. Moet de wens van de patiënt worden gerespecteerd, of moeten de hulpverleners hem – desnoods met toepassing van dwang – uit bed halen? Of zijn er wellicht andere manieren om met de situatie om te gaan?

*Autonomie als negatieve vrijheid* Binnen de rechtenbenadering dient de vrijheid van de patiënt in beginsel gewaarborgd te worden. Als de patiënt niet mee wil doen, mag hij niet gedwongen worden. De op negatieve vrijheid gestoelde bepalingen van de wet BOPZ en de WGBO geven de handvatten die van toepassing zijn. Relevant zijn met name de bepalingen in de wet BOPZ betreffende het behandelplan, de toepassing van middelen en maatregelen en dwangbehandeling, alsmede de bepalingen van de WGBO inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Centraal staat de op basis van vrijwilligheid en geïnformeerdheid tot stand gekomen hulpverleningsovereenkomst tussen de patiënt en de hulpverlener (het behandelplan). De toestemming van de patiënt is een noodzakelijke voorwaarde voor de invulling van de behandeling en de begeleiding. Ontbreekt toestemming, dan kan slechts zonder toestemming worden gehandeld als er sprake is van een acute nood situatie of dreiging van ernstig gevaar voor de patiënt zelf of anderen. Relevant is ook de vraag of de patiënt wilsbekwaam is. Zo niet, dan treedt de wettelijk vertegenwoordiger op als plaatsver-

vanger van de patiënt, tenzij de patiënt zich verzet (zoals het geval lijkt te zijn in de casus). Ook dan kan een gedwongen interventie plaatsvinden in een acute noodsituatie of bij dreiging van ernstig gevaar. In de casus moet afgewacht worden tot er sprake is van een dergelijke noodsituatie alvorens eventueel met dwang mag worden geïntervenieerd.

*Autonomie als kritische reflectie* Vanuit het perspectief van Dworkin is het de vraag of hier sprake is van een eenvoudige neiging (tot luiheid of tot verzet), dan wel van een door reflectie gerechtvaardigde keuze. Als het laatste het geval is, moet men de keuze respecteren. In het eerste geval is het echter wenselijk om de patiënt tot een meer kritische blik op zichzelf te stimuleren. Actief optreden door de staf kan nodig zijn om de vicieuze cirkel te doorbreken. Vanuit het gezichtspunt van Dworkin kan het relevant zijn om dergelijke situaties van tevoren met de patiënt te bespreken, zodat men weet hoe hij er over denkt. Als de patiënt aangeeft dat hij zelf niet gelukkig is met zijn gedrag (zoals de alcoholist die te kennen geeft van zijn verslaving af te willen), dan kan dit een reden zijn om deze tegen zichzelf te beschermen wanneer hij het gedrag vertoont. Men weet dan immers dat het slechts gaat om eerste-ordewensen, en niet om een werkelijk autonome beslissing (vergelijk in dit verband de discussie over het gebruik van zelfbindingsverklaringen en andere wilsverklaringen in de psychiatrie (Berghmans 1992, 1994; Kabinetsstandpunt 1996)).

*Autonomie als identificatie* Vanuit het perspectief van Agich is de casus karakteristiek voor de problemen in de psychiatrie. Op grond van een negatieve vrijheidsopvatting ligt het voor de hand om gehoor te geven aan de wens van de patiënt om in zijn bed te blijven. Dit betekent echter dat er geen mogelijkheden zijn om de positieve vrijheid van de patiënt te vergroten. De autonomie van de patiënt wordt hierdoor niet bevorderd. Hij wordt aan zijn lot overgelaten.

Agich presenteert hiervoor een alternatief. De weigering van de patiënt moet niet als gegeven worden beschouwd. De vraag is wat die te betekenen heeft. Is deze onderdeel van een bepaalde stijl van handelen? Dat kan het geval zijn wanneer de patiënt liever op zichzelf is. In zo'n situatie is er sprake van identificatie van de patiënt met wat hij doet. Respect hiervoor is dan op zijn plaats, niet omdat de patiënt het nu eenmaal wil, maar omdat hij zich ermee identificeert, en zo zijn leven daadwerkelijk vorm geeft. Het is echter ook mogelijk dat de weigering van de patiënt niet getuigt van identificatie, maar juist van een gebrek aan zinvolle handelingsmogelijkheden. Is dat het geval, dan zijn er klaarblijkelijk onvoldoende aanknopingspunten in het afdelingsleven aanwezig om de patiënt te motiveren. Het is dan zaak te achterhalen waarin de patiënt geïnteresseerd is, of waarvoor hij te interesseren valt, om nieuwe handelingsmogelijkheden aan te bieden. In beide gevallen moet de weigering geïnterpreteerd worden in het licht van diens wijze van betekenisverlening aan de situatie.

Vanuit het perspectief van Agich staan voor de staf een aantal interventies open. De hulpverleners hoeven niet werkeloos toe te zien hoe de patiënt zichzelf verwaarloost, maar kunnen proberen in gesprek te komen over datgene wat hem bezielt. Ze kunnen proberen het verzet van de patiënt te duiden, bijvoorbeeld als onderdeel van diens poging om een machtsstrijd te voeren met de staf. Wanneer ze de patiënt beter begrijpen, kunnen ze hem alternatieven aanbieden die passen bij zijn identiteit en het hem mogelijk maken die identiteit verder vorm te geven.

*Autonomie in communicatie* De benadering van Moody impliceert de noodzaak van actief optreden. Wanneer, zoals in de casus, twijfel bestaat omtrent de reactie van de patiënt (of het ontbreken daarvan), moet de staf naar nieuwe wegen zoeken. De eerste weg is het aanpassen van de omgeving aan de patiënt. Deze interventie (*advocacy*) ligt in de lijn van datgene wat Agich voorstaat. In de casus zou dit kunnen betekenen

dat men probeert nieuwe opties aan te bieden, of andere stafleden in de onderhandeling te betrekken, om de patiënt te bereiken. De tweede en derde interventie (*empowerment* en *persuasion*) gaan een stap verder. Doel is nu de visie van de patiënt te beïnvloeden en te veranderen, niet door bruut geweld of door strategische manipulatie, maar door nieuwe handelingsmogelijkheden aan te bieden. De vraag is niet langer waarom de patiënt niet uit bed wil komen, maar hoe de patiënt ertoe gebracht kan worden om wel mee te doen. De vierde interventie (*making decisions for others*) is alleen aan de orde als alle andere stappen hebben gefaald. Dit betekent dat men geen contact meer heeft met de patiënt en daarom voor hem moet beslissen.

Dit is op een essentieel punt verschillend van de traditionele paternalistische benadering. Paternalisme houdt in dat de arts meent te weten wat goed is voor de patiënt, en dit doorzet; beslissen voor de patiënt in de zin van Moody houdt in dat men er niet van overtuigd is te weten wat goed is, maar beseft dat men er alleen achter kan komen wat goed zou kunnen zijn door zelf het heft in handen te nemen.

De vier interventies vormen een continuüm; in elk van de interventies is sprake van onderhandeling, maar de inbreng van de staf wordt steeds crucialer.

## BESLUIT

De besproken concepten van autonomie impliceren verschillende visies op de hulpverlener-patiëntrelatie (Emanuel & Emanuel 1992). In de eerste benadering (autonomie als negatieve vrijheid) is de patiënt consument. De hulpverlener geeft informatie, de patiënt beslist. De staf kan zeggen dat het niet goed is voor de patiënt om afzijdig te blijven, maar kan (behoudens uitzonderlijke omstandigheden) niet treden in diens beslissingsbevoegdheid over het al dan niet meedoen aan het afdelingsleven.


In de tweede benadering (autonomie als kritische reflectie) staat de rationaliteit van de keuze

van de patiënt centraal. De hulpverlener heeft tot taak te beoordelen of de beslissing van de patiënt – die als gegeven wordt beschouwd – gebaseerd is op kritische reflectie.

In de derde benadering (autonomie als identificatie) moet de hulpverlener werk verrichten om duidelijk te krijgen wat de patiënt eigenlijk wil. De hulpverlener speelt een rol, omdat de uitingen van de patiënt niet voor zichzelf spreken, maar geïnterpreteerd moeten worden. De staf kan de weigering van de patiënt niet voor gegeven aannemen, maar dient na te gaan wat deze betekent.

In de vierde benadering ten slotte (autonomie in communicatie) biedt de hulpverlener actief andere mogelijkheden aan. Hij probeert de patiënt via onderhandelingen tot nieuwe gedachten en daden te brengen. De achterliggende gedachte is dat een confrontatie tussen staf en patiënt ertoe kan leiden dat er bij beide partijen nieuwe gezichtspunten ontstaan.

De verschillende benaderingen bieden ook uiteenlopende aanknopingspunten voor het toepassen van drang en dwang in de psychiatrische hulpverlening. De passieve, min of meer afwachende rol van de hulpverlener binnen het rechten-discours wordt door de geschetste alternatieve benaderingen getransformeerd tot een rol die meer ruimte laat voor inbreng van de hulpverlener. Daarmee wordt tevens meer ruimte geboden voor discussie over de legitimatie van en alternatieven voor de toepassing van drang en dwang dan vanuit het beperkte juridische kader mogelijk is.

 Dit artikel is mede gebaseerd op een onderzoek dat door het Instituut voor Gezondheidsethiek en de Capaciteitsgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte van de Universiteit Maastricht werd uitgevoerd in de Kliniek voor Intensieve Behandeling van GGZ te Eindhoven, in opdracht van de Raad van Bestuur van deze instelling.

## LITERATUUR

- Agich, G.J. (1993). *Autonomy and long-term care*. New York/Oxford: Oxford University Press.



- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press.
- Berghmans, R. (1992). *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Berghmans, R.L.P. (1994). Zelfbinding in de psychiatrie. Ethische aspecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 625-638.
- Berlin, I. (1969). *Four essays on liberty*. Oxford: Oxford University Press.
- DeGrazia, D. (1994). Autonomous action and autonomy-subverting psychiatric conditions. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 19, 279-297.
- Dupuis, H.M. (1998). *Op het scherp van de snede*. Amsterdam: Balans.
- Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. New York: Cambridge University Press.
- Emanuel, E.J., & Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267, 2221-2226.
- Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action*. Vol. 2, *Lifeworld and system: A critique of functionalist reason*. Boston: Beacon Press.
- Hassing, W.M.J., van Lent, T.V., & van der Velden, M. (1995). De psychiater en de BOPZ: maatschappijhoeder of behandelaar. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 433-438.
- Kabinetstandpunt Evaluatie wet BOPZ. Kamerstuk 25 763, nr. 1, 1997. Den Haag: sdu Uitgevers.
- Kortmann, F.A.M. (1988). Legaal verwaarlozen of illegaal behandelen? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 43, 1243-1247.
- Kortmann, F.A.M. (1995). Dwang in de psychiatrie; patiëntenrechten en beroepsethiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 759-768.
- Kortmann, F.A.M. (1996). *Weldoen op contract*. Over ethiek en psychiatrie. Tweede Trudy van Asperen Lezing, 29 mei 1996.
- Moody, H.R. (1992). *Ethics in an aging society*. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (1997). *Beter (z)onder dwang?* Zoetermeer: RVZ.
- Veldhuizen, J.R. van (1998). *Zorgverlamming*. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 1175-1185.
- Widdershoven, G.A.M. (1987). *Handelen en rationaliteit*. Een systematisch overzicht van het denken van Wittgenstein, Merleau-Ponty, Gadamer en Habermas. Meppel: Boom.
- Widdershoven, G.A.M. (1995). *Principe of praktijk? Een hermeneutische visie op gezondheid en zorg*. Oratie Rijksuniversiteit Limburg.
- Widdershoven, G.A.M. (1998). *Autonomie in de hulpverlening*. Een herinterpretatie. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, januari/februari, 20-25.

## AUTEURS

G.A.M. WIDDERSHOVEN is hoogleraar ethiek van de gezondheidszorg bij de Capaciteitsgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte van de Universiteit Maastricht.

R.L.P. BERGHMANS is wetenschappelijk hoofdmedewerker bij het Instituut voor Gezondheidsethiek te Maastricht en parttime verbonden aan de Capaciteitsgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte van de Universiteit Maastricht.

A.C. MOLEWIJK is wetenschappelijk onderzoeker bij de vakgroep Medische Besliskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum. Ten tijde van het onderzoek was hij wetenschappelijk medewerker bij het Instituut voor Gezondheidsethiek.

Correspondentieadres: R.L.P. Berghmans, Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-9-1999.

**SUMMARY** Autonomy in psychiatry – G.A.M. Widdershoven, R.L.P. Berghmans, A.C. Molewijk –

*The ethical principle of respect for the autonomy of the patient has acquired an important place in psychiatric care. Within the dominant rights discourse this autonomy principle is onesidedly filled in from a negative concept of liberty: the protection of the individual from unwanted interference.*

Opposite to this interpretation of the principle of autonomy a number of alternative views are elaborated. Characteristic for these approaches is that they give a broader and richer interpretation of the autonomy principle. The implications of these different perspectives for clinical practice are illustrated on the basis of a case.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 6, 389-398]

**KEYWORDS** autonomy, ethics, psychiatry