

# Denkbeelden van psychiaters over de verantwoordelijkheid van patiënten voor hun gezondheid; een kwalitatief onderzoek

M. VERHOEF, J.N. VAN DARTEL, I.M. VAN VLIET

**ACHTERGROND** Patiënten krijgen in Nederland steeds meer verantwoordelijkheid toegekend voor hun gezondheid. Het is de vraag of psychiatrische patiënten die kunnen dragen.

**DOEL** De normatieve opvattingen van psychiaters over de verantwoordelijkheid van hun patiënten exploreren.

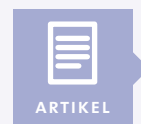
**METHODE** Kwalitatief onderzoek: 15 interviews werden gehouden met behulp van een topiclijst. De verbatim uitgewerkte verslagen werden vervolgens geanalyseerd door twee onderzoekers.

**RESULTATEN** De denkbeelden van psychiaters over patiëntverantwoordelijkheid liepen uiteen. Een aantal psychiaters zag die verantwoordelijkheid als gegeven of dispositie en vond dat patiënten in principe verantwoordelijk zijn. Daarnaast waren er psychiaters die patiëntverantwoordelijkheid zagen als construct of uitkomst van de behandelrelatie. De twee groepen problematiseerden patiëntverantwoordelijkheid op verschillende manieren. Ook verschilde de waardering van actuele beleidsontwikkelingen.

**CONCLUSIE** Onder psychiaters bestaan er conceptuele verschillen in de definiëring van patiëntverantwoordelijkheid. Dit leidt niet alleen tot waarderingsverschillen van het overheidsbeleid, maar waarschijnlijk ook tot verschillen in de praktijk. Wat betreft de praktische vertaling van ethische normen, zoals het respecteren van iemands autonomie, vragen deze verschillen om kritische reflectie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)1, 11-19

**TREFWOORDEN** autonomie, ethiek, overheidsbeleid, patiëntverantwoordelijkheid



ARTIKEL



In het Nederlandse overheidsbeleid is steeds meer nadruk komen te liggen op de verantwoordelijkheid van patiënten voor hun gezondheid (Vgl. RVZ 2010; 2013). Die ontwikkeling wordt begeleid door conceptuele veranderingen zoals de interpretatie van patiëntenautonomie: die geldt niet langer als vanzelfsprekend recht, maar als richtinggevend ideaal (Struijs & Jongsma 2013), inclusief aanwijzingen voor de praktijk. Zo dienen zorgverleners patiënten beter te ondersteunen in het maken van keuzes. Ook de rol van de arts verandert: hij of zij wordt naast behandelaar ook 'coach' (Werkgroep Zorg 2025).

Dit pleidooi voor meer patiëntverantwoordelijkheid blijft niet beperkt tot de algemene gezondheidszorg. In het bestuurlijk akkoord over de ggz (2012), dat pleit voor zorg dichter bij de patiënt, speelt patiëntverantwoordelijkheid duidelijk mee. Hetzelfde geldt voor het conceptadvies over de ggz dat het Nederlandse College voor zorgverzekeringen (CVZ 2013) naar de minister stuurde. Los van de onrust over deze voorstellen, is er de vraag naar onderliggende veronderstellingen: als een patiënt meer moet participeren in de besluitvorming over zijn of haar behandelplan, vraagt dat competenties om die keuzes te kunnen maken

en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden te kunnen dragen (Pool 1995, 95). Ziektebeelden in de psychiatrie doen de vraag rijzen hoe het staat met die competenties: in hoeverre kan een patiënt met een psychotische stoornis die een behandeling weigert, daarvoor verantwoordelijk worden gehouden? Hoe dienen we de autonomie van zo'n patiënt te begrijpen?

Ethici hebben de neiging om zulke vragen theoretisch te benaderen: uitgaande van filosofische tradities worden concepten uitgewerkt die invulling geven aan bijvoorbeeld het respect voor autonomie (vgl. Widdershoven e.a. 2000; De Wit 2012). Ook al staat de waarde van zo'n benadering waarbij vanuit abstracties wordt toegewerkt naar praktische handvatten, buiten kijf, ze vertoont gebreken doordat ze voorbijgaat aan concepten die in de praktijk zelf zijn ingebed. Dergelijke praktijkconcepten hebben een theoretische en normatieve betekenis die doorwerkt in de vertaling van maatschappelijke (beleids)idealen, zoals meer zelfmanagement en meer patiëntverantwoordelijkheid.

Tegen deze achtergrond is een interessante vraag hoe psychiaters zelf aankijken tegen de verantwoordelijkheid van patiënten: wat voor 'praktijktheorieën' hanteren zij in dezen? En wat vinden zij van de beleidsontwikkelingen op dit gebied? Deze vragen staan centraal in het onderzoek dat wij in dit artikel beschrijven. Gelet op de Nederlandse beleidscontext en de invloed daarvan op de ideeën van beroepsbeoefenaren, concentreert ons onderzoek zich op opvattingen van Nederlandse psychiaters.

## METHODE

Om de ideeën van psychiaters over de verantwoordelijkheid van patiënten te exploreren hielden wij een kwalitatief onderzoek (Maso & Smaling 1998). De deelnemende psychiaters werden benaderd via de afdeling psychiatrie van een universitair medisch centrum.

De data werden gedurende 4 maanden verzameld in semi-structureerde interviews (Baarda 2005, 235) totdat (na het 15e interview) saturatie was bereikt. De topiclijst (Baarda 2005, 173) omvatte thema's zoals: het begrip patiëntverantwoordelijkheid; de praktische inhoud ervan; de verantwoordelijkheid van psychiaters; en hun visie op het overheidsbeleid in dezen. Conform methodologische criteria van de *grounded theory* (Glaser & Strauss 1967) werden de gesprekken op geleide van de eerdere interviews in de loop van het onderzoek aangepast. Zo pasten wij de vraagvolgorde aan, waardoor de psychiaters zich beter konden verplaatsen in de thema's. De gesprekken duurden gemiddeld 50 minuten en vonden op één na plaats op de werkplek van de psychiater. De interviews werden met een voicerecorder opgenomen. Vervolgens werden de verbatim uitge-

## AUTEURS

**MARY VERHOEF**, student geneeskunde, LUMC, Leiden.

**HANS VAN DARTEL**, ethicus, sectie Ethiek en recht van de gezondheidszorg, LUMC, Leiden.

**IRENE M. VAN VLIET**, psychiater, afd. Psychiatrie, LUMC, Leiden.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J.N. van Dartel, sectie Ethiek en recht van de gezondheidszorg (postzone J1-P), Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

E-mail: j.n.g.m.van\_dartel@lumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-5-2015.

werkte verslagen ter validatie (Baarda 2005, 197) geanalyseerd door twee onderzoekers.

## RESULTATEN

### Deelnemers

Onder de 15 deelnemende respondenten was variatie in geslacht, leeftijd, werkervaring, dienstverband en type praktijk (zie **TABEL 1**).

### Inhoud van patiëntverantwoordelijkheid

De respondenten waren het redelijk eens over wat patiëntverantwoordelijkheid praktisch inhoudt. Zij lazen dat af aan de bereidheid van patiënten om zich aan afspraken te houden en naar behandelafspraken te komen. Ook verwachtten zij van de patiënt 'dat hij of zij verantwoordelijkheid neemt voor de adviezen die ik geef en die adviezen ook opvolgt' en 'eerlijk is over zijn of haar gezondheidstoestand'.

Sommigen vonden het gezondheidsdomein het enige domein dat telt inzake de patiëntverantwoordelijkheid en het enige domein waar ingrijpen gelegitimeerd is. Anderen achtten ingrijpen ook gerechtvaardigd als de patiënt zijn of haar verantwoordelijkheid niet waarmaakt op andere levensgebieden.

Respondenten beschreven dat het concretiseren van de inhoud van patiëntverantwoordelijkheid gebeurt door met de patiënt in gesprek te gaan en zich zo een goed beeld te vormen van diens situatie. Met het oog op overeenstemming over het behandelplan, onderhandelen arts en patiënt over concrete verantwoordelijkheden. Daarbij houdt de arts rekening met factoren die het maken en nakomen

**TABEL 1**      **Overzicht deelnemende respondenten**

<b>Geslacht</b>	
Man	10
Vrouw	5
<b>Leeftijd (in jaren)</b>	
30-39	2
40-49	3
50-59	7
60-69	3
<b>Werkervaring (in jaren)</b>	
1-9	3
10-19	6
20-29	4
30+	2
<b>Focus</b>	
Psychotische stoornissen	9
Stemmings-/angststoornissen	11
Ouderen	4
<b>Werksetting</b>	
Academisch ziekenhuis	4
Algemeen ziekenhuis	3
ggz	9
Eigen praktijk/freelance/vrijgevestigd	6
Consultatief werkzaam	6
<b>Overige werkzaamheden</b>	
Directeur behandelzaken	3
Beleidstaken	3
Betrokken bij opleiding	2
Hoofd academische afdeling	1
Onderzoek	3

van de behandelafspraken beïnvloeden. Voorop stonden de competenties van de patiënt om consequenties van zijn of haar besluiten te overzien: ‘Verantwoordelijkheden nemen als patiënt is een bepaalde psychische kwaliteit, daar moet je compos mentis voor zijn.’

Verschillende psychiaters oordeelden anders over de verantwoordelijkheid van psychiatrische én somatische patiënten: ‘Als jij je been breekt en je blijft op dat gebroken been lopen [en je bent wilsbekwaam] dan ben jij verantwoordelijk voor het niet helen van dat been. [...] Maar bij al deze mensen die nauwelijks wilsbekwaam zijn en de gevolgen van hun handelen niet kunnen overzien, is dat

heel lastig.’ Anderen maakten dat verschil niet. Maar wat ook volgens hen verschilde, was dat bij hún patiënten het nemen van verantwoordelijkheid door een stoornis kan worden ondermijnd, zoals bij een psychose, waardoor de realiteitstoetsing van de patiënt is aangedaan, of een persoonlijkheidsstoornis, waardoor er motivatieproblemen zijn. Naast deze interne factoren noemden ze ook externe factoren, zoals een verarmd steunsysteem, gebrek aan opleiding en financiële middelen, en de actuele context waarin een patiënt verkeert.

Ook de opvattingen over patiëntverantwoordelijkheid in relatie tot het voorkómen van ziekte(verschijnselen) liepen uiteen. Sommige psychiaters zeiden dat een ziekte iemand kan overkomen. Anderen noemden dat net zoals voor hart- en vaatziekten, ook voor psychiatrische aandoeningen risicofactoren bekend zijn en dat het de verantwoordelijkheid van een patiënt is om daarmee om te gaan. Bijvoorbeeld door ‘een gezondere leefstijl aan te wenden, als dat kan.’

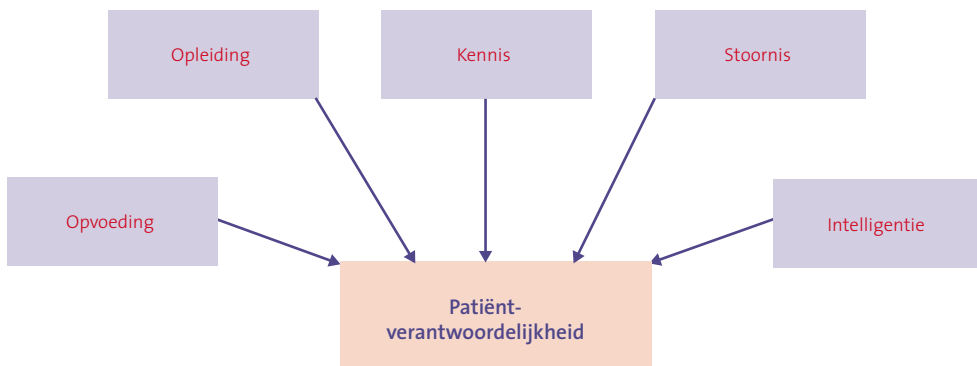
### Verschillende benaderingen van het begrip ‘patiëntverantwoordelijkheid’

Deze verschillen in opvatting over het voorkómen van ziekte(verschijnselen) stonden niet op zichzelf. Ze toonden samenhang met andere interpretatieverschillen van het begrip ‘patiëntverantwoordelijkheid’. Een deel van de respondenten was bijvoorbeeld niet in staat om onmiddellijk een invulling aan het begrip te geven. Zij ervoeren het als een begrip uit een ander, beleidsmatig discours en niet uit het professionele: ‘[Patiënt]verantwoordelijkheid. Ik bedoel, wat stelt de overheid zich daar nou bij voor?’ Voor zover de respondenten er betekenis aan toekenden, leidden zij deze af van de professionele verantwoordelijkheid: die kwam voor hen eerst. Hadden deze artsen moeite om direct een omschrijving te geven, de conceptuele betekenis van ‘patiëntverantwoordelijkheid’ was voor anderen onmiddellijk duidelijk. Zij koppelden het begrip aan ‘burgerschap’. ‘[Bij] verantwoordelijkheid [...] voor je gezondheid, dan gaat het erom dat je jezelf eigenlijk als een goed burger gedraagt.’

Al met al leken er twee typen denkbeelden over ‘patiëntverantwoordelijkheid’ te bestaan. Bij het eerste type werd patiëntverantwoordelijkheid beschouwd als gegeven of individuele dispositie van patiënten. De manier waarop deze artsen spraken over verantwoordelijkheid was vergelijkbaar met het spreken over iemands autonomie als principieel gegeven (vgl. Pool 1995, 95vv).

De mate waarin iemands verantwoordelijkheid wordt waargemaakt, was volgens deze respondenten afhankelijk van interne en externe factoren zoals stoornis of intelligentie, respectievelijk opvoeding of sociale omgeving (zie

**FIGUUR 1** Patiëntverantwoordelijkheid als gegeven of eigenschap van patiënten



**FIGUUR 1).** Deze psychiaters koppelden (zoals gezegd) hun opvattingen aan de notie ‘burgerschap’: zoals iedere burger de principiële verantwoordelijkheid heeft om zich te houden aan de wetten van het land, zo hebben patiënten de verantwoordelijkheid om zich als een goed patiënt te gedragen en de regels te volgen die daarbij horen. Onafhankelijk daarvan heeft de psychiater een eigen verantwoordelijkheid. Vervolgens fungeert de behandelingsovereenkomst als regulerend contract tussen beiden. ‘Ik stel me op als een goed hulpverlener en ik schat de patiënt [...] in principe als wilsbekwaam in. En daar komt het behandelplan uit voort en dat probeer je af te spreken met elkaar.’ Dat vormt het belangrijkste uitgangspunt voor het handelen (zie **FIGUUR 2**). De patiënt dient daarbij zoveel mogelijk in zijn waarde gelaten te worden.

Bij het tweede type benadering zagen artsen de patiëntverantwoordelijkheid als een construct dat ontstaat in/door de interactie tussen arts en patiënt: het is, zoals een van hen zei, ‘een interpersoonlijke verantwoordelijkheid’. Deze psychiaters vonden het lastig om in algemene termen te spreken over patiëntverantwoordelijkheid, omdat die altijd situationeel wordt vormgegeven: ze gebeurt tussen arts en patiënt. Ze is dan ook geen gegeven (‘zo werkt dat niet in de psychiatrie’), maar eerder een opgave voor patiënt én arts. Patiëntverantwoordelijkheid krijgt daarmee een dynamische en uiterst contextgebonden betekenis. Legden sommige van deze psychiaters meer de nadruk op de dynamiek (verantwoordelijkheid als steeds veranderend construct), anderen spraken eerder over patiëntver-

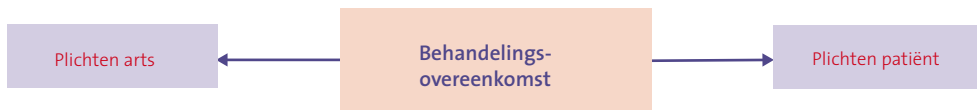
antwoordelijkheid in de zin van een uitkomst of product van het handelen. Voor beide geldt dat patiëntverantwoordelijkheid niet kan worden losgedacht van het handelen in de zorgrelatie zelf (zie **FIGUUR 3**).

Tussen deze twee benaderingen zagen we mengvormen, onder meer beïnvloed door de houding van individuele psychiaters tegenover de wetgeving. Sommige artsen die patiëntverantwoordelijkheid primair zagen als construct in of uitkomst van de relatie, voelden zich door de wet in hun handelingsvrijheid aangetast. Anderen zetten de juridische kaders juist op de eerste plaats en probeerden binnen dat kader de zorg te leveren die zij voor hun patiënten het beste vinden.

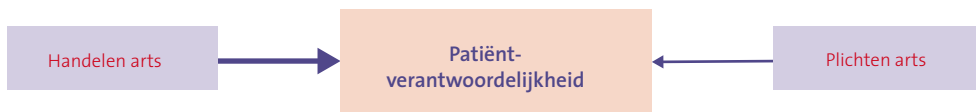
In het denken over verantwoordelijkheden in de behandelrelatie speelde wilsbekwaamheid een rol op de achtergrond. Deze werd meegenomen in de beoordeling van de patiëntensituatie, maar had zeker voor artsen die verantwoordelijkheid zagen als construct of uitkomst van de behandelrelatie, weinig betekenis: ‘Het is niet een thema waar ik veel mee bezig ben.’

Voor artsen die patiëntverantwoordelijkheid definieerden in termen van een gegeven, had wilsbekwaamheid een prominentere betekenis. Sommigen van hen maakten amper onderscheid tussen beide begrippen: wilsbekwaamheid maakte een substantieel deel uit van (hun oordeel over) de patiëntverantwoordelijkheid. Overigens gold voor nagenoeg alle respondenten dat zij voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid niet uitgingen van specifieke instrumenten: ‘Het is ook ervaring, maar het is ook iets

**FIGUUR 2** Behandelingsovereenkomst als centraal gegeven in de behandeling



**FIGUUR 3** Patiëntverantwoordelijkheid als construct of uitkomst van de behandelrelatie



intuïtiefs dat je denkt: Oké, dit besluit ik nu zo.' Slechts een enkeling rept over de onmisbaarheid van aparte meetinstrumenten: 'Het is niet simpel in te schatten, maar ik vind het duidelijk handvatten.'

### Patiëntverantwoordelijkheid in de behandelrelatie

De twee benaderingen van 'patiëntverantwoordelijkheid' werkten door in opvattingen over de behandelrelatie. De psychiaters die patiëntverantwoordelijkheid als gegeven of dispositie definieerden, benaderden de behandelrelatie vooral in termen van het recht. Conform principes van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst zetten zij het behandelcontract centraal. Daarin zijn de rechten en plichten van zowel arts als patiënt opgenomen: twee, aparte actoren met eigen verantwoordelijkheden: 'Ik neem géén verantwoordelijkheid van de patiënt over. Ik neem de verantwoordelijkheid voor mijn adviezen aan de patiënt.' Het primaat ligt uiteindelijk bij de patiënt: hij is degene die verantwoordelijkheid moet nemen voor zijn gezondheid én voor het behandelplan. In principe wordt er dan ook van uitgegaan dat een patiënt '[goed] zijn eigen keuzes kan maken'. De arts moet daarbij de grenzen van zijn verantwoordelijkheid aangeven en de patiënt informeren over diens verantwoordelijkheden.

Op het moment dat de patiënt die niet kan waarmaken, heeft hij er recht op dat de arts zijn verantwoordelijkheid neemt: 'Je zult soms moeten treden in de autonomie van de patiënt omdat je ziet dat een besluit dan genomen wordt door de depressie en niet door de patiënt zelf.' Maar eigenlijk kon dat volgens deze artsen alleen maar als aan de wettelijke gevaarscriteria was voldaan. Ook meenden zij dat er, zolang het behandelplan ontbreekt en er niet met de patiënt kan worden overlegd, amper basis is voor het medisch handelen. Dat handelen is dan immers niet gestoeld op de behandelovereenkomst als uitkomst van de onderhandeling en als uitdrukking van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Die omstandigheid én de overtuiging dat patiënten een eigen verantwoordelijkheid hebben, maakte deze artsen voorzichtig met het overnemen van de patiëntverantwoordelijkheid.

Artsen die patiëntverantwoordelijkheid eerder zagen als construct, benaderden de behandelrelatie vanuit een zorg- in plaats van een rechtenperspectief. Die zorg vangt bij henzelf aan; hun verantwoordelijkheid staat voorop,

daarna is er pas sprake van patiëntverantwoordelijkheid. Gevolg is dat die niet goed te onderscheiden is van de medische behandelverantwoordelijkheid. In plaats van een conditie waarmee de zorg begint, is zij doel of uitkomst ervan en krijgt de patiënt afhankelijk van de processen in de zorg veel of weinig verantwoordelijkheid toebedeeld. Ook compassie had voor deze artsen professionele betekenis: hoewel de arts-patiëntrelatie een 'functionele relatie' is, sluit dat 'een zekere wederkerigheid niet uit.' Deze artsen waren voorzichtig met het opleggen van verantwoordelijkheden. Daarentegen aarzelden zij niet om proactief te handelen. Overigens gaat het daarbij niet per se om grote 'ingrepen'. Juist de effectiviteit én moraliteit van kleine handelingen werden beklemtoond. Enkele voorbeelden waren: de partner even bellen of de familie als de patiënt met ontslag gaat of eens een belangstellend mailtje versturen naar de patiënt. 'Als je denkt, dit is eigenlijk een kleine handeling van mijn kant en ik kan daar een grote schade potentieel mee voorkomen, dan moet je dat doen.'

### Patiëntverantwoordelijkheid als probleem

Onderhandelen met patiënten over de voortgang, met alle afwegingen die daarbij horen, vormde bij de respondenten een belangrijk deel van de werkzaamheden. In lijn met de uiteenlopende basisopvattingen concentreerde dit proces zich voor de een op het maken van afspraken in het behandelplan, voor de ander stond de patiëntverantwoordelijkheid zelf centraal. Binnen het onderhandelingsproces noemde men verschillende momenten waarop zich in relatie met de patiëntverantwoordelijkheid problemen (kunnen) voordoen. Een ervan is wanneer patiënten zich niet houden aan afspraken. Dat begint met niet komen opdagen. Ook ervoeren psychiaters het als een probleem wanneer patiënten 'uit balorigheid' wel komen, maar niet actief meedoen. Het tegenovergestelde, wanneer patiënten behandelingen gaan opeisen, werd ook als probleem gezien. Problematisch vond men ook de situatie waarin patiënten niet open en eerlijk zijn over hun gezondheidstoestand of het omgaan met afspraken.

De psychiaters die verantwoordelijkheid zagen als gegeven en het behandelplan als uitgangspunt namen, ervoeren patiëntverantwoordelijkheid als probleem wanneer de wettelijke kaders in beeld komen: in situaties waarin een patiënt niet langer wilsbekwaam is, het moeilijk is om

afspraken met hem of haar te maken en er dus ook geen overeenstemming wordt bereikt over het behandelplan, misten zij aanknopingspunten om de patiëntverantwoordelijkheid adequaat te thematiseren.

De psychiaters die verantwoordelijkheid beschouwden als construct vonden het lastig om aan te geven wanneer patiëntverantwoordelijkheid een probleem wordt. Patiëntverantwoordelijkheid was voor hen immers vanwege het relationele karakter niet goed te abstraheren van de processen in de individuele praktijk. Wat deze psychiaters niet deden, was kijken naar de juridische kaders bij het problematiseren van patiëntverantwoordelijkheid. Er kan immers al schade ontstaan voordat iemand in strikte zin voldoet aan de criteria van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Patiënten kunnen in de periode voorafgaand maatschappelijk teloorgaan of schade aanrichten in de familiesfeer of de sociale omgeving. In dergelijke situaties probeerden deze psychiaters dan ook eerder invloed als behandelaar te krijgen.

## Handelen

Het thema 'verantwoordelijkheid' speelde overigens in de praktische besluitvorming een rol op de achtergrond. In de praktijk ging het meer om vragen als welke handeling op welk moment moest worden verricht: 'onderneem ik nu actie, nu [deze patiënt] niet op komt dagen of niet?' De reacties op dergelijke praktijkdilemma's vormden een expressie van de manier waarop de artsen de verantwoordelijkheid van de patiënt en van zichzelf interpreterden. Daarbij 'zoek(en zij) steeds naar de beste balans, gegeven de context, gegeven de professionele verantwoordelijkheden, gegeven de beschikbare tijd.'

Of in de praktijk grote verschillen optreden tussen artsen op grond van hun uiteenlopende denkbeelden over patiëntverantwoordelijkheid, zou nader onderzoek verdienen. Ons onderzoek gaf slechts indirect antwoord op die vraag. Zo kwam uit de interviews wel een verschil naar voren in het omgaan met de juridische kaders. 'Gegevendenaars' hadden daar weinig moeite mee, omdat zij die kaders zien als patiëntenrechten waar zij simpelweg rekening mee moeten houden: 'Onze democratie heeft allemaal regels waarvan men verwacht dat je je daar als burger aan houdt.' De verantwoordelijkheid voor de behandeling blijft in deze optiek zo lang mogelijk zaak van de patiënt: 'Ik zal het niet gauw overnemen, het minste dat ik toch wel verwacht, is dat ze in staat zijn hier te komen.'

Maar wanneer een ingrijpende maatregel noodzakelijk zou zijn, die juridisch is gelegitimeerd, hadden deze psychiaters daar geen moeite mee: zij keken daar zakelijk tegenaan en beoordeelden het als 'goed hun werk doen': conform 'de IBS- of RM-criteria. Dat zijn hele duidelijke cri-

teria, wanneer iemand niet meer zijn verantwoordelijkheid kan nemen.'

'Constructdenkers' hadden meer moeite met de wetgeving: zij meenden dat het gevaarscriterium op gespannen voet staat met de zorgplicht van de arts. Deze artsen vonden het jammer dat sommige patiënten daarom niet kunnen worden behandeld, terwijl er wel medische mogelijkheden zijn. Volgens hen verhinderde de wet dat artsen tijdig gehoor geven aan het bestwilprincipe. Om te voorkomen dat patiënten teloorgaan, trachtten ze de wetscriteria 'op te rekken. En dat doen wij ook wel stiekem. Het is (...) mensonterend dat je mensen in zo'n omstandigheid zo laat ploeteren.' Anderen legden zich ondanks hun oordeel dat de Wet Bopz tekortschiet, bij de omstandigheden neer: ze accepteerden de situatie en zagen handelen conform de Wet Bopz als een noodzakelijke stap om verder te kunnen met de behandeling.

Ook al dachten de artsen verschillend over patiëntverantwoordelijkheid, ze waren het erover eens dat het lastig is om te bepalen wat het juiste moment is om te handelen. Zeker als het ging om zwaarwegende, riskante beslissingen met consequenties voor de arts zelf: 'Je moet wel zorgen dat je het goede moment uitkiest. It's like shooting the king, dus het moet in één keer raak zijn, want anders gaat jouw kop eraf.' Factoren die meewogen in de besluitvorming waren naast de ernst en de aard van de stoornis, het inzicht van de patiënt in diens ziekte en situatie. Daarnaast betrof de arts de context van de patiënt en de consequenties van het al dan niet (be)handelen in zijn of haar afwegingen. Dat gebeurde niet heel bewust, maar eerder automatisch.

Belangrijk voor het bepalen van het moment van handelen waren ervaring en intuïtie. Daarnaast speelden het werkveld, de praktijkvorm en de vraag of het ging om een acute of chronische stoornis een rol. Steeds bleef het een professionele inschatting die de arts voor zichzelf, de patiënt en de betrokkenen moest kunnen rechtvaardigen. Daarom vonden artsen het belangrijk om in intervisies en bijscholingen met collega's te overleggen over het juiste moment van ingrijpen: zodat 'ze een beetje ingebed [blijven] in hun beroep'. Sommigen vonden het nuttig om achteraf over hun handelen te reflecteren.

## Maatschappelijk speelveld

Hoewel het thema patiëntverantwoordelijkheid primair is gekoppeld aan de professionele besluitvorming, is er voortdurend invloed van partijen uit de samenleving zoals overheid, verzekeraars en inspectie. Over dit maatschappelijke speelveld waren de respondenten wisselend te spreken. Dat de overheid streeft naar meer patiëntverantwoordelijkheid, vonden gegevenenaars een betere ontwikkeling dan constructdenkers. Volgens gegevenenaars paste het bij een versterking van de patiëntenrechten: 'Als



je meer rechten hebt, heb je ook meer eigen verantwoordelijkheid.' Constructdenkers vonden het ideaalbeeld van de verantwoordelijke patiënt niet opgaan voor veel patiënten. Zij vreesden dat patiënten die amper verantwoordelijkheid kunnen nemen, buiten de boot vallen. Daarom pleiten zij voor nuancering: je kunt niet alle patiënten over één kam scheren. De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, die waarschijnlijk de Wet Bopz gaat vervangen, zou mogelijk soelaas kunnen bieden, omdat die de behandeling als uitgangspunt neemt en niet maatschappelijke risico's of gevaar.

Recent zijn protocollering en bureaucrativering sterk toegevoegd. Vooral constructdenkers hadden hier moeite mee. Zij meldden dat zij veel tijd kwijt zijn aan het invullen van formulieren, terwijl dat (deels) 'schijnzekerheden' oplevert. Het deed hen steeds verder wegdrijven van het primaire proces. Bij het gebrek aan nut van de verslaglegging voor de behandeling ('Het zegt niets over goede zorg of zorgvuldigheid') noemden deze artsen ook nog dat deze tegen artsen wordt gebruikt. In dat spoor oordeelden de psychiaters dat zij relatief vaak te maken krijgen met het tuchtrecht. Ook al stemden de respondenten in met de bescherming van patiëntenrechten, zij vonden dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) soms meer van de psychiaters vraagt dan ze kunnen managen. Daarnaast liet een klachtprocedure en zeker een tuchtrechtelijke procedure een diepe indruk achter op de betreffende psychiater: 'Het is verschrikkelijk. Je hebt collega's die door tuchtcolleges zo gemangeld zijn dat ze amper kunnen werken.' De psychiaters zouden dan ook graag zien dat er aandacht komt voor de impact van de tuchtrechtprocedure op de psychiater en voor begeleiding van de psychiater gedurende zo'n procedure.

## DISCUSSIE

Uit de resultaten blijkt dat de psychiaters het eens zijn over praktische indicatoren van patiëntverantwoordelijkheid, maar tegelijk verschillen over de definiëring. Deze verschillen weerspiegelen theoretische opvattingen in de medisch-ethische literatuur. Op enkele aspecten gaan we in.

### Autonomiebegrip

Om te beginnen is er het verschil dat Agich (1993, 1994) maakt tussen 'ideal autonomy' en 'actual autonomy' (daadwerkelijke autonomie) (Widdershoven e.a. 2000; De Wit 20012). Met 'ideal autonomy' refereert Agich aan het klassieke concept van Mill (1978), die autonomie definieert in termen van de menselijke vrijheid om zichzelf als individu vorm te geven en het begrip vervolgens koppelt aan noties van 'non-interference'. Paternalisme heeft hierin geen plaats. Het is nog steeds een krachtig concept voor de gezond-

heidszorg. Dit concept van 'ideale autonomie' klinkt door in de opvattingen van de psychiaters die patiëntverantwoordelijkheid primair zien als gegeven of dispositie. Hun zorg is het beste gelegitimeerd in situaties dat zij deze zorg kunnen herleiden tot afspraken die met de patiënt zijn gemaakt en vervolgens opgenomen zijn in het behandelplan. Vormen van zorg waarover geen afspraken zijn gemaakt, vinden in hun ogen eigenlijk geen rechtvaardiging, behalve wanneer er sprake is van wilsonbekwaamheid en wettelijke regels die toelaten dat de passiviteit van de arts doorbroken mag worden.

Tegenover dit statische beeld van een ideale autonomie en een contractuele zorg tussen autonome individuen plaatst Agich een ander, procesmatiger beeld, dat hij relateert aan de omstandigheid dat mensen nooit helemaal onafhankelijk zijn. Een (langdurige) ziekte heeft effect op de psychische en lichamelijke capaciteiten die nodig zijn om iemands autonomie waar te maken. Daarnaast zijn zieken aangewezen op anderen voor comfort en een basisoverleving. In het ziek-zijn manifesteert zich zo een essentieel kenmerk van mens-zijn: het maakt duidelijk hoe afhankelijk we zijn van anderen. Dit vraagt volgens Agich een aangepaste definiëring van autonomie, namelijk daadwerkelijke autonomie. Autonomie wordt dan niet begrepen als statisch concept, maar gekoppeld aan de ontwikkelingsprocessen van de patiënt. Zo wordt ze in een sociale, relationele context geplaatst. Dit idee van een 'daadwerkelijke autonomie' past goed bij de constructdenkers uit ons onderzoek: in hun visie op patiëntverantwoordelijkheid als construct of uitkomst van de behandelrelatie beklemtonen zij net als Agich de afhankelijkheid die tussen mensen bestaat en die hun autonomie c.q. verantwoordelijkheid conditioneert.

De opvattingen van de constructdenkers sluiten ook aan bij noties uit de zorgethiek, zoals van de Amerikaanse filosoof Tronto (1993; Vorstenbosch 2005): zorg is volgens haar een interactief proces waarvan de uitkomst wordt bepaald door zorgverlener én zorgontvanger. Net als Agich stelt Tronto dat ieder mens perioden meemaakt waarin hij onafhankelijk en afhankelijk is, kwetsbaar en autonoom. Deze visie stelt vragen bij een lezing van autonomie die alle nadruk legt op de onafhankelijkheid van een rationeel handelend individu. Ook stelt zij vragen bij de lezing van zorg als uitvoering van een rationeel contract dat mensen met elkaar sluiten. Volgens de Nederlandse zorgethica Verkerk (1997) correspondeert dat beeld niet met de werkelijkheid van de zorg omdat het geen rekening houdt met morele waarden als betrokkenheid. Een andere Nederlandse ethicus, Reinders (1994), stelt dat zorgen vaak niet tot stand komt omdat de patiënt recht op zorg laat gelden, maar omdat een ander oog heeft voor diens kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Dit is in overeenstemming met de

opvattingen van constructdenkers die de verantwoordelijkheid bij de arts laten aanvangen.

### Effecten op de zorgpraktijk

Een belangrijke vraag is in welke mate deze verschillen ook doorwerken in de zorgpraktijk. Leidt een opvatting over verantwoordelijkheid als gegeven niet tot verwaarlozing? En leidt uitgaan van verantwoordelijkheid als construct daartegenover niet tot ongewenst paternalisme? De beantwoording van die vragen vergt nader praktijkonderzoek, ook al is aannemelijk dat er, gelet op het uiteenlopend karakter van de benaderingen, verschillen zijn. Dit geldt temeer omdat ons onderzoek duidelijk maakt dat opvattingen over patiëntverantwoordelijkheid niet op zichzelf staan. Ze werken door in het denken over wilsbekwaamheid, in de problematisering van patiëntverantwoordelijkheid en in de waardering van tendensen in het overheidsbeleid: psychiaters die patiëntverantwoordelijkheid thematiseren als gegeven, waarderen pleidooien voor zelfmanagement en eigen verantwoordelijkheid bijvoorbeeld anders dan constructdenkers. Die verschillen in visie werken waarschijnlijk door in het denken over nut en noodzaak van behandeling. En daarmee in het praktisch handelen.

Het is overigens niet zinnig om over deze verschillen te oordelen in termen van 'goed' of 'fout'. Het gaat waarschijnlijk om persoonlijke voorkeuren die samenhangen met complexe mens- en wereldbeelden. Daarnaast zal men steeds contextueel moeten oordelen over de effecten van deze opvattingen: ongetwijfeld is die effectiviteit ook gebonden aan de opvattingen van patiënten. Bij de ene patiënt zal een benadering die gestoeld is op contractdenken en op eigen verantwoordelijkheid beter passen dan een ondersteuningsmodel dat uitgaat van verantwoordelijkheid als construct of uitkomst van de zorg. Met andere

woorden: niet de perceptie van de arts is doorslaggevend, maar de uitwerking ervan in het leven van patiënten. Pas in de interactie wordt duidelijk of een benadering positieve dan wel negatieve effecten heeft.

Professioneel omgaan met patiëntverantwoordelijkheid vraagt bijgevolg van elke psychiater een kritische houding tegenover persoonlijke voorkeuren en de wijze waarop die zijn of haar praktijk beïnvloeden. Zo niet, dan dreigt het risico dat de zorg van gevevendenkers vanwege een tekort aan sturing te veel een 'laissez faire, laissez aller' wordt, met verwaarlozing als mogelijk effect. Constructdenkers daarentegen lopen het risico te paternalistisch te worden door hun patiënten op voorhand teveel verantwoordelijkheid uit handen te nemen.

### CONCLUSIE

Dit onderzoek had als doel om visies van psychiaters op 'patiëntverantwoordelijkheid' te exploreren. Psychiaters uit ons onderzoek vullen patiëntverantwoordelijkheid conceptueel verschillend in: aan de ene kant als gegeven of dispositie, aan de andere kant als construct of uitkomst van zorg. Onder deze denkpatronen lijken verschillende ethische praktijkconcepten schuil te gaan. Die werken mogelijk door in het problematiseren van het gedrag van patiënten, het denken over wilsbekwaamheid en de wijzen waarop men omgaat met discrepanties tussen wetgeving en zorgpraktijk. Ook werken de verschillen door in de waardering van actuele beleidsontwikkelingen. Afhankelijk van de percepties wordt aansturen op meer patiëntverantwoordelijkheid gezien als een goed dan wel een slecht idee. Ook al zijn de effecten van deze benaderingen niet rechtstreeks onderzocht, een zelfkritische houding van psychiaters tegenover hun eigen voorkeuren en de uitwerking ervan in de praktijk lijkt noodzakelijk om risico's zoals 'verwaarlozing' of paternalisme te verminderen.

### LITERATUUR

- Agich GJ. *Autonomy and long-term care*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- Agich GJ. Key concepts: autonomy. *Psychiatr Psychol* 1994; 1: 267-69.
- Baarda DB, de Goede MPM, Teunissen J. *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff; 2005.
- Bestuurlijk akkoord. *Toekomst GGZ 2013-2014*. Den Haag; 2012.
- Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine; 1967.
- Maso I, Smaling A. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom; 1998.
- Mill JS. *Over vrijheid*. Amsterdam: Boom; 1978.
- Pool A. *Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening*. Utrecht: Lemma; 1995.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Perspectief op de gezondheid 20/20*. Den Haag: Koninklijke Broese en Peereboom; 2010.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *De participerende patiënt*. Den Haag: OBT Opmeer; 2013.
- Reinders H. De grenzen van het rechten-discours. In: Manschot H, Verkerk M, red. *Ethiek van de zorg. Een discussie*. Amsterdam: Boom; 1994. p. 74-96.
- Struijs A, Jongsma K. *Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt – normatieve achtergrond. Achtergrondstudie Raad voor Volksgezondheid en Zorg*. Den Haag; 2013.



- Tronto JC. Moral boundaries: a political argument for an ethic of care. New York: Routledge, Chapman and Hall; 1993.
- Verkerk M. Denken over zorg. Over concepten en praktijken. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom; 1997.
- Vorstenbosch JMG. Zorg. Een filosofische analyse. Amsterdam: Nieuwezijds; 2005. p. 52-69.
- Werkgroep zorg 2025. Coach, cure & care 2025. Een gezamenlijke toekomstvisie van de nieuwe generatie zorgprofessionals op het zorglandschap in Nederland. 2013.
- Widdershoven G, Berghmans R, Molewijk A. Autonomie in de psychiatrie. Tijdschr Psychiatr 2000; 42: 389-98.
- Wit F de. Autonomie: een zorgelijk begrip? Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 583-92.

## SUMMARY

# Views of psychiatrists on patients' responsibility for their own health. A qualitative study

M. VERHOEF, J.N. VAN DARTEL, I.M. VAN VLIET

- BACKGROUND** In the Netherlands patients are increasingly being required to take responsibility for their own their health. However, an important problem not yet resolved is whether psychiatric patients are able or well enough to shoulder this responsibility.
- AIM** To explore the normative views of psychiatrists concerning their responsibility of their patients' health.
- METHOD** We performed a qualitative research in which 15 psychiatrists were interviewed with the help of a list of topics. The verbatim accounts of the interviews were analysed and interpreted by two researchers.
- RESULTS** Psychiatrists differed in their views on the responsibility of patients for their own health. Some psychiatrists defined patient responsibility as a personal quality or disposition and regarded patients as being in principle responsible; others considered patient responsibility to be a construct or result of the therapeutic relationship. These two groups had different views about the moments and the ways in which patient responsibility becomes problematical. In addition, they had opposing views on current developments in government policies.
- CONCLUSION** Psychiatrists differ in their interpretation of patient responsibility. This means they differ not only in their views on government policy but also probably in the attitudes they adopt in their daily practice. These differing attitudes to patient responsibility need to be looked at critically because they have a bearing on the observance of ethical norms and on the need to respect patients' autonomy.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)1, 11-19

**KEY WORDS** autonomy, ethics, government policies, patient responsibility