

Zorgverleners in spagaat bij opname van patiënten zonder ziekte-inzicht

Artsen nemen patiënten op die geen ziekte-inzicht hebben, zoals mensen met de ziekte van Korsakov. Dat brengt problemen met zich mee in die gevallen dat de zorgverlener van mening is dat opname de beste manier is om de patiënt te helpen, terwijl anderzijds, met het oog op toepassing van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), er twijfel is over de ernst van het gevaar dat de patiënt veroorzaakt en de patiënt onvoldoende bereidheid toont voor een vrijwillige opname (Hoekstra, 1996). Opname kan dan in feite niet plaatsvinden. Dit botst met het beroepsgebonden waardeoordeel van de zorgverlener. Hij/zij (noot 1) wil in de eerste plaats bijdragen aan het lichamelijk en geestelijk welzijn van de patiënt (Sutorius 2011, 593). Die patiënt heeft echter ook een eigen verantwoordelijkheid, gebaseerd op de waarde autonomie. Dit leidt tot ingewikkelde situaties in de praktijk.

In dit artikel geven wij een overzicht van de opname-mogelijkheden in een verpleeghuis en de keuzen en dilemma's die spelen bij patiënten met een gebrek aan ziekte-inzicht (ook wel: anosognosie). Anosognosie is een gebrek aan inzicht, bewustzijn of herkenning van een patiënt voor zijn ziekte en de gevolgen daarvan. Als voorbeeld is in dit artikel gekozen voor een patiënt, meneer D., met de ziekte van Korsakov. Voor de definitie en kenmerken van deze ziekte, zie box 1. Uiteraard zijn er ook andere ziekten waarbij het gebrek aan ziekte-inzicht onderdeel van de stoornis uitmaakt, zoals bijvoorbeeld bij patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Van Hasselt 2010, 92), schizofrenie, bipolaire stoornis (Pijnenborg 2010, 826) of mensen met dementie.

Casus

Meneer D. (noot 2) is chronisch verslaafd aan alcohol, hij is apathisch, heeft problemen met zijn geheugen en verwaarloost zichzelf in ernstige mate. De familie van meneer D. heeft hem al enige malen laveloos in zijn huis gevonden. "Half op het kled, in zijn eigen urine, in een vervelende houding gevallen, zodat hij nauwelijks overeind kon komen", aldus een familielid. Diverse zorgverleners kunnen niets doen: er moet eerst een dos-



Mr drs Susanne L. van den Hooff

Docent recht en promovenda
Hogeschool INHolland
Kamer A257
Bergerweg 200
1817 MN Alkmaar
E-mail: susanne.vandehooff@inholland.nl



Prof. dr Anne Goossensen

Hoogleraar presentie en GGZ (Universiteit van Tilburg)
Stafflid Stichting Presentie
Lector Verslavingszorg Hogeschool INHolland

Box 1. De ziekte van Korsakov:

De directe oorzaak van de ziekte van Korsakov is een ernstig gebrek aan thiamine (vitamine B1). In Nederland treedt deze ziekte bijna alleen nog maar op bij alcoholisten als gevolg van een combinatie van factoren: zelfverwaarlozing, langdurig slecht eten, frequent braken of zelfs volledig stoppen met eten (Arts 2004, 5). Als kenmerken van deze ziekte kunnen genoemd worden: geheugenstoornissen, confabuleren, oriëntatieproblemen in tijd en ruimte, geen ziekte-inzicht hebben, onzeker en faalangstig, centraal executieve stoornissen, zijnde problemen met plannen en organiseren van de dagelijkse activiteiten en weinig besef van de eigen mogelijkheden en beperkingen (Arts 2004, 15-18).

sier gemaakt worden. "Zodat we voldoende incidenten hebben om een rechterlijke machtiging aan te vragen", aldus een zorgverlener. Ondertussen gebeurt er niets en vervuult het huis. "Overal papier, overal kranten, viezigheid, muizen en stank", aldus het familielid. De familie voelt zich verantwoordelijk en doet zoveel mogelijk om de situatie leefbaar te houden. Door een val belandt

meneer D. in het ziekenhuis, alwaar hij herstelt van zijn fysieke klachten. Aan het alcoholprobleem wordt echter niets gedaan, aangezien dat geen indicatie voor opname is. Na de opname gaat hij weer naar huis en vervalt in zijn oude leefpatroon. Hij ontkent dat er problemen zijn. Na een tweede ziekenhuisopname wordt hij opgenomen in een verslavingskliniek. De familie vertelt: "In het ziekenhuis was een zaalarts die de geschiedenis van D. niet kende en die hem heeft doorgestuurd naar de verslavingskliniek. Dat was een gelukje voor ons, want normaal gesproken vindt er geen doorverwijzing plaats". Na een periode van ontgiften (het ontwennen van alcohol) wordt de diagnose Korsakov gesteld. Meneer D. kan geplaatst worden op een afdeling voor Korsakov-patiënten in een verpleeghuis. Voordat de opname tot stand kan komen, dient hij toestemming te geven. Hij heeft echter geen ziekte-inzicht en heeft altijd gezegd dat hij niet wil worden opgenomen. Tijdens het opnamegesprek, waarbij ook het familielid dat de laatste tijd voor meneer D. heeft gezorgd en een woonbegeleider aanwezig zijn, checkt de arts of hij wil worden opgenomen. De arts vraagt: "Meneer D., u wilt worden opgenomen, toch?" Meneer D. antwoordt: "Ja". De arts zegt: "Hoort iedereen dit? Meneer wil worden opgenomen". Het familielid geeft in een interview met de onderzoeker aan dat er gemanipuleerd is, maar "dit is de enige kans op hulp". De opname vindt plaats op 'vrijwillige basis'.

De meeste patiënten met een gebrek aan ziekte-inzicht, zo ook Korsakov-patiënten, zullen zelden uit zichzelf hulp zoeken of hulp aanvaarden

Deze gang van zaken geeft op het eerste gezicht een wat 'unheimisch' gevoel. Wat gebeurt hier en hoe is dat te begrijpen? Is het in orde wat hier gebeurt? Feit is dat de patiënt formeel gezien vrijwillig is opgenomen. De meeste patiënten met een gebrek aan ziekte-inzicht, zo ook Korsakov-patiënten, zullen zelden uit zichzelf hulp zoeken of hulp aanvaarden. De consequentie die hieruit logischerwijs getrokken lijkt te kunnen worden, is dat er geen vrijwillig opgenomen patiënten met de ziekte van Korsakov in een verpleeghuis verblijven. Niets is minder waar; er blijken veel Korsakov-patiënten zonder ziekte-inzicht 'vrijwillig' te zijn opgenomen in verpleeghuizen. Uit een kleine steekproef onder een viertal verpleeghuizen waar Korsakov-patiënten (n=254) verblijven, blijkt dat meer dan de helft (respectievelijk: 60%, 96%, 40% en 71% per instelling) van de patiënten vrijwillig is opgenomen. Veel van deze patiënten worden langdurig opgenomen; de opgetreden hersenbeschadiging is niet te genezen maar neemt in de regel ook niet toe. De patiënten verkeren in een stabiele toestand, waarbij blijvende zorg geboden is. Juist voor deze groep is het uitermate belangrijk dat de opname, die zij als vrijheidsberoving ervaren, zorgvuldig gebeurt. De opname

is bepalend voor de kwaliteit van het verdere leven van de patiënt. Hoe is de vrijwillige opname van meneer D. tot stand gekomen? En waarom is er voor deze vrijwillige opname gekozen? De wetgeving noemt drie manieren waarop een patiënt kan worden opgenomen in een verpleeghuis, die hieronder kort beschreven worden.

Opname mogelijkheden

Onvrijwillig opgenomen patiënten

Er is sprake van onvrijwilligheid wanneer de patiënt zich verzet tegen de opname. De Wet Bopz regelt wanneer een gedwongen opname wel en wanneer deze niet is toegestaan. De Bopz gaat uit van het bereidheidscriterium: opneming zonder 'de nodige bereidheid' van de patiënt vereist een machtiging van de rechter of een inbewaringstelling van de burgemeester. De Bopz voorziet in een gedwongen opneming in een psychiatrisch zie-

kenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis of instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met een Bopz aanmerking (Arends 2001, 3) ter afwending van gevaar dat voortkomt uit een stoornis van de geestvermogens. Er moet een causaal verband bestaan tussen de geestesstoornis en het gevaar. Waaruit het gevaar moet bestaan wordt omschreven in de wet: art 1 lid 1 sub f Bopz (zie box 2). Voorwaarde is dat het gevaar door een opname afgewend kan worden. Met andere woorden: er is geen alternatief voor de opname (het ultimum remedium beginsel) en de patiënt weigert de opname. De Wet Bopz omschrijft een stoornis van de geestvermogens als een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens (art 1 lid 1 sub

nis van de geestvermogens. Er moet een causaal verband bestaan tussen de geestesstoornis en het gevaar. Waaruit het gevaar moet bestaan wordt omschreven in de wet: art 1 lid 1 sub f Bopz (zie box 2). Voorwaarde is dat het gevaar door een opname afgewend kan worden. Met andere woorden: er is geen alternatief voor de opname (het ultimum remedium beginsel) en de patiënt weigert de opname. De Wet Bopz omschrijft een stoornis van de geestvermogens als een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens (art 1 lid 1 sub

Box 2. Gevaar (art 1 lid 1 sub f van de Wet Bopz)

Gevaar voor de patiënt zelf bestaat uit:

- het gevaar dat de patiënt zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
- het gevaar dat de patiënt maatschappelijk te gronde gaat;
- het gevaar dat de patiënt zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;
- het gevaar dat de patiënt met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.

Gevaar voor een of meer anderen bestaat uit:

- het gevaar dat de patiënt een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
- het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
- het gevaar dat de patiënt een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.

d). Een gespecialiseerde arts dient hierover een oordeel te geven. In de memorie van toelichting op het wetsvoorstel voor de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (noot 3), de beoogde opvolger van de Wet Bopz, wordt aangegeven dat hieronder doorgaans een psychiater wordt verstaan. Het is echter niet uitgesloten dat onder omstandigheden ook een verslavingsarts of een arts voor verstandelijk gehandicapten als zodanig kan optreden (*Kamerstukken II*, 2009-2010, 32 399, nr. 3, 32). De rechter sluit zich praktisch altijd aan bij het oordeel dat deze medisch expert geeft over de vraag of er in een concreet geval sprake is van een geestesstoornis. Maar het blijft de rechter die uiteindelijk bepaalt (Keurentjes 2007, 60). Uit de jurisprudentie van de Hoge Raad (HR 23 september 2005) blijkt dat alcoholverslaving niet tot toepassing van de Wet Bopz kan leiden, tenzij de verslaving gepaard gaat met (andere) psychische stoornissen. De psychische stoornissen dienen van zodanige ernst te zijn dat het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen daardoor zo ingrijpend worden beïnvloed dat de patiënt het veroorzaakte gevaar niet kan worden toegerekend, omdat de stoornis de gevaarvolle daden van de patiënt overwegend beheerst. Het is de taak van de medisch expert om bovenstaande aan te tonen. In het arrest van de rechtbank te 's Gravenhage van 1 juli 2008 (LJN:B19984) wordt het verzoek afgewezen in verband met het ontbreken van (andere) psychische stoornissen naast de ziekte van Korsakov. De aanwezigheid van de ziekte van Korsakov is in het algemeen onvoldoende voor het oordeel dat er sprake is van een stoornis in de geestvermogens (zie ook HR 3 oktober 2008, in de conclusie door mr F.F. Langemeijer).

'Geen bereidheid – geen bezwaar' patiënten

Geen rechterlijke machtiging is vereist voor patiënten die geen blijk geven van de nodige bereidheid en zich evenmin verzetten tegen opname (art 60 lid 1 Bopz, zie box 3). De Bopz schrijft in deze gevallen een procedure via het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) voor. Het CIZ beoordeelt onafhankelijk of opname of verblijf via artikel 60 Wet Bopz noodzakelijk is. Dat is aan de orde zodra iemand buiten een instelling niet voor zichzelf kan zorgen (folder CIZ juni 2011: 'Over de Bopz'). Een indicatiesteller van het CIZ vraagt aan de patiënt zowel schriftelijk als mondeling of hij bedenkingen heeft tegen zijn opname en het verdere verblijf. Bezwaar moet hier feitelijk worden opgevat. Elke uiting, ook non-verbale, moet als zodanig worden aangemerkt (Leenen e.a., 2007, 308). In het rapport van het CIZ dient melding gemaakt te worden van: 1. de aard van de stoornis van

de geestvermogens; 2. de omstandigheden die meebrengen dat de verzoeker zich dientengevolge niet buiten de instelling voor verstandelijk gehandicapten resp. psychogeriatrische instelling voor verpleging en verzorging kan handhaven en 3. de wijze waarop aan de verzoeker is medegedeeld dat hij bedenkingen kan inbrengen tegen de opname en het verdere verblijf in de instelling en zijn reactie daarop. Indien het CIZ tot de beoordeling komt dat opname noodzakelijk is, krijgt de patiënt de benodigde Bopz-indicatie (art 60 Bopz).

Vrijwillig opgenomen patiënten

Een patiënt kan vrijwillig worden opgenomen indien hij de 'nodige bereidheid' daartoe toont. Mist hij de bereidheid tot opname, dan is de Wet Bopz van toepassing en is een machtiging vereist. Toont de patiënt wel de nodige bereidheid, dan is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing en vindt de opname plaats op basis van een behandelingsovereenkomst. 'Nodige bereidheid' is echter een moeilijk te definiëren begrip. Indien de patiënt al in staat is een uitspraak te doen over bereidheid tot opname, dan

nog is objectivering hiervan moeilijk, aldus Hoekstra (1996). Een vraag die hierbij opgeworpen wordt is of het gebrek aan ziekteinzicht er vanzelfsprekend toe leidt dat de patiënt geen bereidheid tot opname kan tonen. De patiënt vindt zichzelf niet ziek en de reden

voor opname is voor hem niet eenduidig of helder. De nadruk ligt hierbij op de bereidheid tot *opname*. Deze bereidheid kan losgekoppeld worden van de bereidheid tot behandeling. Ook in de Bopz zijn deze twee beslissingen losgekoppeld: een opname legitimeert niet zonder meer tot behandeling (Keurentjes, 2007, 58). In het internationale recht, onder andere UN Principles (1991) en het WHO-Resourcebook (2005), wordt aandacht besteed aan de eisen die aan een vrijwillige opname kunnen worden gesteld (Legemaate e.a., 2007, 27-30). De basis voor een vrijwillige opname is de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt (WHO 2005, 43). Het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) heeft in 2002 een zaak beoordeeld over

Voor de beoordeling of een patiënt vrijwillig kan worden opgenomen in een instelling binnen het kader van de WGBO, kan geconcludeerd worden dat daarbij zowel het tonen van bereidheid als de mate van bewegingsvrijheid in de instelling een rol spelen

Box 3. Art 60 Bopz

1. Opname en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting van een persoon die twaalf jaar of ouder is en geen blijk geeft van de nodige bereidheid ter zake [...] vindt uitsluitend plaats, indien een commissie als bedoeld in het derde lid, die opname noodzakelijk oordeelt.

de opneming van een demente vrouw in een bejaardenhuis (EHRM 26 februari 2002). De houding van de vrouwen opzichte van de opneming was ambivalent: instemming en verzet wisselden elkaar af. Belangrijk was dat de vrouw niet echt werd opgesloten, dat ze zich in enige mate vrij kon bewegen en dat het haar was toegestaan sociale contacten met de buitenwereld te onderhouden. Onder die omstandigheden was er naar de mening van een meerderheid van het Hof geen sprake van vrijheidsbeneming in de zin van artikel 5 EVRM (Legemaate e.a., 2007, 28). In een andere zaak (EHRM 5 oktober 2004) oordeelde het Hof echter dat ook bij open deuren sprake kan zijn van vrijheidsberoving. In dit geval was de patiënt 'under continuous supervision and control and was not free to leave'. Het was bovengenoemde patiënt niet toegestaan te vertrekken (Legemaate e.a., 2007, 29). Uit deze twee uitspraken van het Hof blijkt onder andere het belang van het regime waaronder de patiënt wordt opgenomen. Indien de patiënt de instelling niet zomaar kan verlaten, zal er eerder sprake zijn van vrijheidsberoving, dan wanneer de patiënt nog een grote mate van bewegingsvrijheid heeft, ondanks dat hij wellicht bezwaren tegen de opneming heeft geuit. Voor de beoordeling of een patiënt vrijwillig kan worden opgenomen in een instelling binnen het kader van de WGBO, kan geconcludeerd worden dat daarbij zowel het tonen van bereidheid als de mate van bewegingsvrijheid in de instelling een rol spelen.

Het is van belang dat er rekening wordt gehouden met eigen inzichten, belangen en gevoelens van de ander, en dat die zo veel mogelijk betrokken worden in het overleg rondom de opname

Afwegingen van de zorgverlener

Terug naar de casus en de keuze van de zorgverlener om een vrijwillige opname te 'forceren'. Wat zijn de beweegredenen van deze zorgverlener om te kiezen voor een vrijwillige opname van meneer D.? De zorgverlener voelt een opname als zijn morele verplichting. Hij weet dat wanneer meneer D. zonder zorg komt te zitten, hij snel weer zijn oude leefpatroon oppakt met het daarbij behorende alcoholmisbruik en verwaarlozing. Als gevolg van de ziekte van Korsakov verergert het ongeremd drinken en de verwaarlozing en is de kans op overlijden groot. De zorgverlener wil meneer D. hulp aanbieden door middel van een opname om dit te voorkomen. Is een onvrijwillige opname mogelijk? Meneer D. is weliswaar een gevaar voor zichzelf: hij zal zichzelf wederom verwaarlozen, verkommeren, verzwakken en mogelijk dood drinken indien hij geen hulp krijgt. Echter, de kans dat de rechter oordeelt dat er sprake is van een stoornis in de geestvermogens is niet groot. Uit de eerder vermelde jurisprudentie (HR 3 oktober 2008) blijkt dat de aanwezigheid van de ziekte van Korsakov in het algemeen onvoldoende is voor het oordeel dat sprake is

van een stoornis in de geestvermogens. De zorgverlener van D. schat in dat hij in dit geval niet kan aantonen dat de ziekte van Korsakov gepaard gaat met andere psychische stoornissen. Hierdoor acht de zorgverlener de kans klein dat een rechterlijke machtiging afgegeven wordt en omwille van het welzijn van zijn patiënt besluit de zorgverlener niet over te gaan tot de aanvraag van de rechterlijke machtiging.

Behoort een beschikking in de zin van artikel 60 Bopz tot de mogelijkheden? Toont meneer D. geen bereidheid en ook geen bezwaar? Meneer D. heeft altijd gezegd dat hij niet opgenomen wil worden, wat te verklaren is vanuit zijn gebrek aan ziekte-inzicht. De kans is groot dat hij bezwaar maakt tegen de opname wanneer een medewerker van het CIZ hem hiernaar vraagt. De zorgverlener concludeert dat een indicatie op basis van artikel 60 Bopz in deze situatie ook niet in aanmerking

komt. Wat nu? Er zijn geen geschikte juridische oplossingen voorhanden in de ogen van de zorgverlener. De enige opnamemogelijkheid die overblijft is de vrijwillige opname. De zorgverlener vraagt zich af of

meneer D. voldoende bereidheid toont en of de mate van bewegingsvrijheid in het verpleeghuis voldoende is om van een vrijwillige opname te kunnen spreken. Wat betreft het laatste: meneer D. heeft in de huidige instelling een bepaalde mate van bewegingsvrijheid. Hij wordt niet geplaagd op een gesloten afdeling en hij kan zich vrij bewegen over het instellingsterrein. Verder is het meneer D. toegestaan sociale contacten met de buitenwereld te onderhouden en mag hij de instelling verlaten indien hij dat wenst (conform EHRM 5 oktober 2002). Als gevolg van zijn ziektebeeld zal hij de instelling echter niet snel verlaten: een gebrek aan initiatief en de apathie verhinderen dat hij daadwerkelijk actie onderneemt.

Vervolgens gaat de zorgverlener na of aan het bereidheidscriterium wordt voldaan. Met andere woorden: is er sprake van voldoende bereidheid bij meneer D. zelf? In de casus heeft meneer D. 'toestemming' gegeven voor een vrijwillige opname, nadat de zorgverlener drang gebruikt heeft om tot deze beslissing te komen. Is hier echter wel sprake van 'drang'? En zo ja, in hoeverre tast dit de vrijwillige opname aan? Van drang is sprake wanneer iemand zodanig wordt beïnvloed dat hij minder keuzevrijheid heeft (Schermer, 2003, 33). Schermer geeft aan dat drang verschillende vormen kan aannemen, die in verschillende mate de keuzevrijheid van de patiënt beperken. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen: 1. manipulatie van opties (in het vooruitzicht stellen van een beloning, dreigen met sancties), 2. manipulatie van informatie (verdraaien of achterhouden van informatie, verkeerd of bewust eenzijdig informeren)

en 3. psychologische manipulatie (vleierij, inspelen op schuldgevoelens).

Meneer D. wordt tijdens zijn opname niet voldoende geïnformeerd: er wordt hem één vraag gesteld waarop hij antwoord moet geven. Hij krijgt geen alternatieven aangeboden en hem wordt niet uitgebreid verteld wat de opname precies gaat inhouden. Op basis van bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er sprake is van drang. Wat zegt de wet hierover? In de WGBO (artikel 7:448 lid 3 BW; zie box 4) staat dat de hulpverlener de patiënt informatie mag onthouden, over het voorgenomen onderzoek of de voorgenomen behandeling, indien hij oordeelt dat het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt oplevert. Te denken valt hier aan het risico van zelfmoord (Keurentjes, 2007, 53). Wellicht dat de zorgverlener met het criterium 'kennelijk ernstig nadeel' een ingang kan vinden voor het rechtvaardigen van de toepassing van drang om te komen tot een vrijwillige opname. De kans dat meneer D. zich bij thuiskomst uiteindelijk dood drinkt of zichzelf ernstig verwaarloost, is reëel aanwezig. Hier geldt echter: het criterium 'kennelijk ernstig nadeel' heeft betrekking op het verstrekken van informatie over de behandeling en niet over de *opname*. De zorgverlener beseft in deze casus dan ook dat hij zich op glad ijs begeeft met het 'forceren' van deze, niet geheel, vrijwillige opname.

Ethisch perspectief

Bovengenoemde casus is een illustratie van een praktijk waar veel zorgverleners in de zorg voor mensen met de ziekte van Korsakov tegenaan lopen. Natuurlijk verdient het geen schoonheidsprijs om op deze wijze inbreuk te maken op de autonomie van meneer D. Waarom dan toch zo handelen? Hulpverleners die willen ingrijpen, ontmoeten een hulpbehoevend iemand die zich verzet als deze hulp wordt aangeboden. Reflectie op het eigen gedrag van de zieke ontbreekt. De schuld wordt bij anderen gelegd. De spagaat van de zorgverlener bestaat uit enerzijds de autonomie van de kwetsbare persoon willen respecteren en anderzijds het willen realiseren van goed hulpverlenerschap en schade voorkomen. Zorgverleners hebben een sterke vooringenomenheid om goed te doen, niet te schaden en de autonomie te respecteren (Van Heijst 2008, 130). Autonomie betekent in deze situatie er voor mogen kiezen om ongeremd alcohol te drinken, zelfs als de dood er op volgt. Dat is niet eenvoudig om te laten gebeuren voor wie er getuige van is. Het respecteren van de autonomie blijkt in deze situatie dan ook niet altijd mogelijk. Steeds speelt de vraag of de zorgverlener, in dit geval gedurende de beslissing tot

Box 4. Artikel 7:448 lid 3 BW

3. De hulpverlener mag de patiënt bedoelde inlichtingen slechts onthouden voor zover het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren. Indien het belang van de patiënt dit vereist, dient de hulpverlener de desbetreffende inlichtingen aan een ander dan de patiënt te verstrekken. De inlichtingen worden de patiënt alsnog gegeven, zodra bedoeld nadeel niet meer te duchten is. De hulpverlener maakt geen gebruik van zijn in de eerste volzin bedoelde bevoegdheid dan nadat hij daarover een andere hulpverlener heeft geraadpleegd.

opname, de patiënt maatstaven op wil leggen gebaseerd op eigen waarden en normen en met andere ijkpunten dan de persoon in kwestie heeft. Goedbedoelde handelingen en benaderingen kunnen toch niet aansluiten bij de persoon en dan leed toevoegen. Het gevolg kan zijn dat de kwetsbare ander het gevoel krijgt er als mens niet meer toe te doen en

Een betere afstemming van de wetgeving op de groep patiënten zonder ziekte-inzicht, een verruiming van de mogelijkheden om zorg te verlenen aan deze groep en een reflectie op het handelen van de zorgverlener is daarom gewenst

zich waardeloos voelt (Baart & Grypdonck, 2008, 36; Van Heijst, 2008, 61). Het is van belang dat er rekening wordt gehouden met eigen inzichten, belangen en gevoelens van de ander, en dat die zo veel mogelijk betrokken worden in het overleg rondom de opname. De angel in deze situatie is de vraag of meneer D. gegeven zijn ziekte goed in staat is om de consequenties van zijn gedrag en gewoonten te overzien. Betreft zijn door blijven drinken en niet voor behandeling voelen een keuze of een onvermogen als gevolg van de hersenschade? En is dit te achterhalen op basis van een gesprek met hem? En zo niet, hoe dan wel? Indien de patiënt voldoende helder van verstand is, dienen zijn mening en zijn waarden gerespecteerd te worden. Echter, is meneer D. met de ziekte van Korsakov wel voldoende wilsbekwaam? Of moet hij als wilsonbekwaam beschouwd worden en heeft hij moeite om de consequenties van zijn handelen te overzien en om weloverwogen beslissingen te nemen? Heel spanningsvol in deze situatie is dat het eigen inschattingsvermogen van meneer D. en de waarden en normen waar hij tot nu toe op vertrouwd heeft in zijn leven, niet worden gerespecteerd. Ook al overziet meneer D. niet wat de consequenties zijn van geen opname, hij voelt mogelijk wel dat er voor en over hem beslist wordt. Het feit dat de wetgeving op dit moment niet altijd ruimte biedt om aan deze groep patiënten zonder ziekte-inzicht verplichte zorg te bieden en gekozen wordt voor een vrijwillige opname, vereist zeer veel zorgvuldigheid en gevoeligheid van de zorgverlener. Het

gaat om diep menselijke behoeften van de kwetsbare persoon als gezien worden als mens versus je een ding voelen. Je gewaardeerd voelen versus je waardeloos en uitgearrangeerd voelen (Timmermann e.a., 2011, 15). Al deze menselijke waarden zijn niet los te denken van zorgbehoefte zijn. De zorgverlener heeft de morele plicht aan te sluiten bij de kwetsbare wilsbekwame of wilsonbekwame ander. Dat vraagt om interpretatie, overweging en afweging (Timmermann e.a., 2011, 15), zeker in situaties waarin de wet niet voldoende houvast biedt.

Conclusie

Een antwoord op de hier gesignaleerde spagaat tussen autonomie en goed hulpverlenerschap, is om gesprekken zoals deze heel zorgvuldig te voeren, met een optimale sensibele van de zorgverlener. Belangrijk is dat de zorgverlener afwegingen maakt over normen, waarden, het eigen inschattingsvermogen van de patiënt en de gebieden in diens leven waar het onvermogen om consequenties te overzien aan de orde is. Dat geldt voor situaties waarbij het gaat over wel of niet opgenomen worden in een verpleeghuis, maar ook voor situaties waarin iemand al opgenomen is. Daarnaast is het noodzakelijk om meer openheid en duidelijkheid na te streven in opnamesituaties waarbij de patiënt zonder ziekte-inzicht vrijwillig wordt opgenomen. De patiënt is op dit moment voor het verkrijgen van (opgedrongen) hulp afhankelijk van de morele afwegingen van de zorgverlener en het risico dat de zorgverlener durft te nemen. De zorgverlener die het risico wil nemen een opname te forceren en daardoor wellicht in strijd met het recht handelt, helpt, maar moet wel door de autonomiegrens van de patiënt heen gaan. Hoe zorgvuldig maakt de zorgverlener zijn afwegingen? Wie ziet daar op toe? Een andere zorgverlener bedenkt zich drie keer voordat hij een 'twijfelgeval' binnen zijn instelling opneemt. Hij ziet dat het recht in de weg staat bij het verlenen van zorg aan deze patiënt. Deze meer voorzichtige zorgverlener laat de eventuele gerechtelijke sancties liever aan zich voorbijgaan (Van Heijst, 2005, 149). Met het gevolg dat de Korsakov-patiënt zonder ziekte-inzicht, die bij de tweede zorgverlener terecht is gekomen, geen zorg zal ontvangen en een slecht toekomstperspectief heeft. Een betere afstemming van de wetgeving op de groep patiënten zonder ziekte-inzicht, een verruiming van de mogelijkheden om zorg te verlenen aan deze groep en een reflectie op het handelen van de zorgverlener is daarom gewenst, zodat aan de ongewenste variatie in de besluitvorming omtrent opname een einde gemaakt kan worden. De auteurs spreken de hoop uit dat het wetsvoorstel Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg hierop gedeeltelijk een antwoord zal geven. De toekomstige wetgeving lijkt voor Korsakov-patiënten de mogelijkheden voor opname te vergroten. In het voor-

liggende wetsvoorstel vallen verslaving aan alcohol en drugs onder de reikwijdte van het wetsvoorstel (Kamerstukken II 2009/2010, 32 399, nr.3, p.15).

Noten

- 1 In het vervolg van dit artikel zal ik over de zorgverlener praten als 'hij'.
- 2 Deze casus is samengesteld uit gegevens vanuit interviewverslagen afgenomen door de auteur in het kader van het promotieonderzoek 'De betekenis van juridische interventies voor goede zorg aan Korsakov patiënten.'
- 3 Zie hiervoor ook: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/wetsvoorstellen/2010/07/05/integrale-herziening-van-de-wet-bopz-wetsvoorstel-verplichte-ggz-jus>.

Literatuur

- Arends LAP, Onderzoek 'Implementatie Wet Bopz in verzorgingshuizen' Eindrapportage. Rotterdam: Arcare, 2001.
- Arts K, Het syndroom van Korsakov. Bunnik: Landelijk Platform Korsakov, 2004.
- Baart A & Grypdonck M, Verpleegkunde en presentie. Den Haag: Lemma, 2008.
- Hasselt M van, Drang vergroot autonomie in TBS. Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek 2010; 20(3): 90-94.
- Heijst A van, Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Klement, 2005.
- Heijst A van, Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning. Kampen: Klement, 2008.
- Hoekstra R, Ronhaar PKJ & Laport RB, Het grijze gebied tussen gedwongen en vrijwillige opnames. Een verkenning vanuit de dagelijkse praktijk van de acute psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie; 1996: 38 (10).
- http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_937pdf.
- Keurentjes RBM, De Wet Bopz. In: Raes BCM & Bakker FAM (red.), De psychiatrie in het Nederlands recht. Deventer: Kluwer, 2007, 57-80.
- Leenen HJJ, Gevers JKN & Legemaate J, Handboek gezondheidsrecht. Deel I: Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- Legemaate J, Frederiks BJM & Roode RP de, Derde evaluatie van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Deel 7: Internationale ontwikkelingen. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.
- Pijnenborg GHM & Aleman A, Ziekte-inzicht bij mensen met schizofrenie: theoretische inzichten en voorstel voor behandeling. Tijdschrift voor psychiatrie 2010; 52 (12): 825-835.
- Schermer MHN, Drang en informele dwang in de zorg. Signalering Ethiek en Gezondheid 2003, 32-46.
- Sutorius E, Legitimatie van medisch handelen. Ars Aequi 2011; 60 (7/8): 593-599.
- Timmermann M, Tijmense A, Wolters F, Goossensen A, Omgaan met wils(on)bekwaamheid in de zorg aan patiënten. Tussenrapport RAAK project. Den Haag: Lectoraat Verslavingszorg, Hogeschool Inholland, 2011.

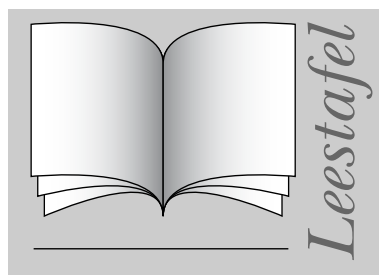
Samenvatting

Dit artikel geeft een overzicht van de wettelijke (on)mogelijkheden van opname in een verpleeghuis van patiënten zonder ziekte-inzicht in het algemeen en met de ziekte van Korsakov in het bijzonder. Het bespreekt de keuzen, dilemma's en consequenties die de betrokken zorgverleners ervaren bij het zoeken naar wat goede zorg is. Zorgverleners verkeren in een spagaat tussen de mogelijkheden die de wettelijke regelgeving hun biedt en de morele verplichting om goede zorg te verlenen. Het voorkomen van schade bij de patiënt speelt hierbij een grote rol.

Trefwoorden: *opnamebeslissing, drang, ziekte-inzicht, Korsakov*

Summary

This article gives an overview of the legal possibilities and impossibilities regarding forced admission into a nursing home of patients without insight into their own illness in general and with Korsakoff's syndrome in particular. It focuses on the choices, dilemmas and consequences that emerge from this admission for health care providers. Health care providers experience dilemmas between the Dutch legislation and the moral obligation to provide good care. The interest of the patient plays an important role.



Gezondheidsraad, *Een billijke compensatie. Overwegingen bij een voorstel om levende nierdonoren prioriteit te geven bij transplantatie.* Den Haag: Gezondheidsraad, 2011; publicatienr. 2011/06. 98 blz. ISBN: 978-90-5549-832-1.

Dit rapport adviseert over het voorstel van Eurotransplant om mensen die bij leven een nier hebben afgestaan en zelf onverhoopt een niertransplantatie nodig hebben, voorrang te geven op de wachtlijst voor een niertransplantatie. Nierdonoren zouden een transplantatie moeten kunnen

krijgen, zonder dat ze eerst een periode afhankelijk zijn van dialyse. Hoewel het een sympathiek voorstel is, lijkt het voorrang geven van nierdonoren op het eerste gezicht in strijd te zijn met de richtlijnen voor de allocatie van donororganen. Volgens de richtlijnen moet allocatie op basis van medische criteria plaatsvinden. Bijzondere verdiensten mogen geen rol spelen bij de toewijzing van donororganen. Desondanks komt de commissie tot de conclusie dat er goede medische en ethische gronden zijn voor het voorstel van Eurotransplant, en dat het voorstel niet in strijd is met de internationale en nationale juridische kaders voor allocatie van donornieren.

Compensatie van nadeel ten gevolge van nierdonatie vormt een belangrijke overweging voor het geven van prioriteit aan nierdonoren. Nierdonoren die nierfalen ontwikkelen hebben minder reservecapaciteit en daardoor een minder goede

levensverwachting. Er is dus een medische reden om de donor te compenseren voor deze schade. Op zichzelf vormt deze reden echter niet voldoende rechtvaardiging, aangezien andere nierpatiënten die een nier missen niet onder de voorrangsregeling zullen vallen. De commissie stelt voor om de compensatie ook als een kwestie van billijkheid te zien, omdat het nadeel een gevolg is van het offer dat een nierdonor heeft gebracht. Het zou niet billijk zijn wanneer nierdonoren die de schaarse aanzienlijk hebben verlicht (en de wachttijden hebben gehalveerd) alsnog ernstig nadeel van deze schaarse ondervinden. De commissie biedt een zorgvuldige afweging van de pro- en contra-argumenten bij het voorstel van Eurotransplant en komt dan ook tot het overtuigende advies om het voorstel te volgen.

Mare Knibbe