



*specialistische geestelijke
gezondheidszorg*



Wilsbekwaamheid & Anorexia Nervosa

Een korte handleiding

Colofon

Wilsbekwaamheid & Anorexia Nervosa

Copyright © 2016
Altrecht Eetstoornissen Rintveld, Isis Elzackers

Druk: Platform P
Omslagfoto: Anne Dronkers, Zeist
Vormgeving: Studio Langezaal, Odijk

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur. (i.elzackers@altrecht.nl).

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door het Fonds Nuts Ohra.



Op de cover ziet u een foto van een kunstwerk. Een bijzonder kunstwerk, dat kunstenaar Anne Dronkers heeft ontwikkeld op basis van haar eigen strijd tegen anorexia. Het heet 'in de hand' en symboliseert het gegeven dat een ziekte kan voelen als een goede vriend, terwijl het tegelijkertijd de grootste vijand kan zijn. Ook wil Anne er hoop op herstel mee uitdrukken, dat je het leven weer 'in de hand' kunt hebben. Nú bestaat er alleen nog maar een schaalmodel, maar Anne zoekt - samen met Rintveld - naar mogelijkheden om dit beeld in brons uit te voeren en een plaats te geven op het grasveld voor Rintveld. Heeft u een suggestie voor iets dat wij kunnen doen om de benodigde financiering rond te krijgen? Mail dan met Anne: deuitstalling@gmail.com.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
<i>Prof Hans Hoek</i>	
Inleiding	7
<i>Isis Elzackers & prof Annemarie van Elburg</i>	
Wilsbekwaamheid & anorexia nervosa: een juridische perspectief	9
<i>Mr. drs. Rembrandt Zijderhoudt</i>	
Wilsbekwaamheid & anorexia nervosa: een ethische perspectief	17
<i>Prof Hans van Delden</i>	
Wilsbekwaamheid & anorexia nervosa: de praktijk	23
<i>Isis Elzackers & prof Annemarie van Elburg</i>	
Personalia	30
Beslisboom	31
<i>(uitneembaar)</i>	

Voorwoord

Anorexia nervosa is een ernstige psychiatrische aandoening met een hoge morbiditeit en mortaliteit. Anorexia nervosa is niet alleen voor patiënten, maar ook voor hun omgeving een zeer ingrijpende ziekte en de behandeling duurt meestal lang. Van de volwassenen met anorexia nervosa herstelt slechts de helft volledig van deze ziekte. In de behandeling van mensen met anorexia nervosa is een van de meest complexe vragen: Hoe gaan we om met weerstand van de patiënten ten opzichte van behandeling, zeker als die van levensbelang is? En: hoe kan de clinicus zich het best opstellen als iemand behandeling weigert?

Deze zeer relevante vraag wordt in deze handleiding behandeld. De psychiaters Isis Elzackers en Annemarie van Elburg hebben veel ervaring met patiënten met ernstige anorexia nervosa. Zij willen handvatten ontwikkelen voor de clinicus, die in de dagelijkse praktijk bruikbaar zijn. Zij realiseren zich terdege dat mensen met anorexia zich niet alleen binnen de GGZ bevinden, maar dat ook huisartsen en specialisten in het algemeen ziekenhuis met deze patiëntengroep te maken hebben. Door hun contacten met collega's in het algemeen ziekenhuis en huisartsen merkten zij dat de wet en regelgeving rondom de anorexia nervosa patiënt die behandeling weigert als zeer complex wordt ervaren. Maar ook psychiaters die vaker met deze wet en regelgeving te maken hebben, vinden deze thematiek ingewikkeld.

Gebaseerd op hun onderzoek en ervaring hebben zij deze handleiding voor het veld geschreven. Om de context te verduidelijken hebben zij collega's op het gebied van het gezondheidsrecht en op het gebied van de medische ethiek benaderd. De eerste twee hoofdstukken zijn algemeen van aard en zijn bedoeld als achtergrond bij het derde praktijk hoofdstuk. Deze handleiding kan ook goed in het onderwijs gebruikt worden. Met de uitneembare beslisboom kunt u op de eerste hulp of op huisbezoek altijd beschikken over informatie hoe te handelen als een patiënt met een ernstige anorexia nervosa behandeling weigert.

Ik beveel deze handleiding dan ook van harte aan voor een ieder die met deze complexe patiëntengroep te maken heeft.

Prof dr. H. Wijbrand Hoek, opleider psychiatrie

Inleiding

Het werken met patiënten met anorexia nervosa kent vele uitdagingen en een daarvan is hoe om te gaan met de patiënt die zichzelf zodanig blijft uithongeren dat ze in een levensgevaarlijke situatie komt, alle inspanningen van de behandelaars ten spijt.

Vragen die dan sterk leven bij behandelaars, zijn onder andere: Hoe kan ik handelen zodat het tij weer gekeerd kan worden? Maar ook: Kunnen patiënten die zo ziek zijn, nog wel adequaat beslissen over hun behandeling? Hoe kan dit beoordeeld worden en wat zijn de consequenties van eventuele wilsonbekwaamheid?

De auteurs hebben gemerkt dat het behandelaars in de praktijk vaak ontbreekt aan praktische handvatten hoe de wilsbekwaamheid ten aanzien van de noodzakelijke behandeling te onderzoeken. Het is tot nu toe niet duidelijk welke factoren deze wilsbekwaamheid bij anorexia nervosa verminderen. En niet alleen binnen de GGZ, ook bij de huisarts of in het algemeen ziekenhuis kunnen deze vragen leven.

Deze observatie heeft geleid tot het opzetten van onderzoek naar wilsbekwaamheid en anorexia nervosa. De eerste resultaten hiervan zijn nu beschikbaar.¹ Maar omdat resultaten uit wetenschappelijk onderzoek soms lastig doorsijpelen naar de praktijk van alledag, is besloten om een korte handleiding te publiceren.

De handleiding geeft een kort overzicht van relevante juridische en ethische aspecten om te eindigen met een hoofdstuk geschreven voor de praktijk. In dit laatste hoofdstuk worden de voorgaande aspecten op voor de clinicus relevante wijze samen gevat. We hebben ons hierin laten leiden door de diverse settings (GGZ, polikliniek, Eerste Hulp, huisartsenpraktijk etc) waarin de hulpverlener met een anorexia nervosa patiënt geconfronteerd kan worden. Op deze manier hopen wij zowel huisartsen, als internisten, SEH artsen en psychiaters van bruikbare informatie te voorzien. Om de informatie snel bij de hand te kunnen hebben, zit in de flap van dit boek een uitneembare beslisboom.

Deze handleiding heeft tot doel klinici te ondersteunen in hun eigen besluitvormingsproces bij een complexe patiëntengroep.

Isis Elzackers & prof Annemarie van Elburg

¹. Isis F.F.M. Elzackers, Unna N. Danner, Hans W. Hoek, Anemarie A van Elburg. *Mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: explorative study. British Journal of Psychiatry Open* (2016) 2, 147-153.

Wilsbekwaamheid
& anorexia nervosa:

Een juridisch perspectief

Mr. drs. Rembrandt Zijderhoudt

De WGBO

In de geneeskunde is bij het aangaan van een behandelingsovereenkomst de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO²) de centrale wet die het handelen van de arts juridisch gezien regelt. De WGBO impliceert dat er sprake is van een overeenkomst, een contract, tussen twee partijen. Doorgaans aan de ene kant 'de hulpverlener' (dat kan een persoon van vlees en bloed zijn, een 'natuurlijke persoon', maar ook - meestal - een rechtspersoon, bijvoorbeeld een ziekenhuis), aan de andere kant de 'patiënt' zelf of anderen (zoals vertegenwoordigers: ouders, mentor, curator). Deze vertegenwoordigers kunnen de behandelingsovereenkomst afsluiten ten behoeve van de patiënt. Dit laatste is het geval bij wie nog geen 16 jaar is: daar sluiten de (beide!) ouders met gezag de overeenkomst. De 16-minner is daarbij geen partij, maar speelt vanaf 12 jaar wel een dominante rol, ook juridisch, bij de 'uitvoering', dus de inhoud, van de behandelingsovereenkomst. Met verzet van de 12 tot 16-jarige zal dus rekening moeten worden gehouden.

In de WGBO staat het zgn 'toestemmingsvereiste' centraal. Zowel bij het rechtsgeldig aangaan van de overeenkomst als in de inhoud ervan wordt bij elke stap toestemming geëist en dat komt overeen met 'freely given informed consent'. Als iemand niet in staat is toestemming te vormen of te geven komt de kwestie van wilsonbekwaamheid aan de orde, waarover later meer. Toestemming vereist

gedegen informatie. Slechts als de patiënt die heeft ontvangen en 'verwerkt' kan van toestemming sprake zijn.

De WGBO stelt de rechten van de patiënt vast ter bescherming tegen een als machtiger beschouwde hulpverlener. Maar noch de patiënt, noch diens vertegenwoordiger, kan daarmee de hulpverlener dwingen tot ondermaatse behandeling. De WGBO geeft nadrukkelijk en expliciet aan (in art 453) dat de hulpverlener zich *moet* gedragen volgens goed hulpverlenerschap. Dat wordt gedicteerd door de professionele standaard, ook als de patiënt het behandelbeleid probeert te bepalen door bijvoorbeeld ineffectieve of schadelijke behandelinterventies te vragen of defaitisme ten toon spreidt. Het goed hulpverlenerschap geeft de behandelaar geen vrijbrief de wensen van de patiënt te negeren - laat staan dwang toe te passen - maar wel de opdracht om krachtig tegenspel te bieden bij dreiging van inferieure behandeling, of zelfbeschadigend gedrag.

Dat geldt met name ook als artsen werkzaam in het algemeen ziekenhuis overwegen geen eetstoornissen te 'kunnen' behandelen en dit bij de psychiater wensen te laten: noodzakelijke somatische interventies kunnen gezien het dwingende karakter van het 'goed hulpverlenerschap' niet eenvoudig geweigerd worden met als argument gebrek aan medewerking van de patiënt, het feit dat de aandoening 'primaair' psychiatrisch is, en/of uitzichtloosheid van de behandeling. De regels van de behandelingsovereenkomst zijn ook al van toepassing als iemand nog

geen toestemming heeft gegeven aan de behandelaar, zoals in de intakefase of bij een spoedopname op de SEH en al in de ambulance: de hulpverlener moet zich gedragen als was er een behandelingsovereenkomst.

Tot slot: toestemming staat of valt niet met een handtekening.

De diagnostiek en behandeling van eetstoornissen wordt juridisch gezien primair gereguleerd door de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), binnen het Burgerlijk Wetboek, en secundair kan de Wet Bopz eraan te pas komen.

Wils(on) bekwaamheid

‘Informed consent’ is dus het centrale begrip in de WGBO. De wet vereist dat iemand daartoe ‘in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake’. Hiermee bedoelt de wetgever dat toestemming gebaseerd moet zijn op het rationeel (redelijk = met de rede) hebben kunnen afwegen van o.a. context, risico’s, voor- en nadelen van een interventie. Daarbij gaat het om het kunnen afwegen (‘in staat tot’) - of die afweging tot een aanvaardbaar besluit leidt telt niet mee. Mensen mogen domme dingen besluiten, zolang ze dat maar bij hun volle verstand doen.

Wilsbekwaamheid wordt voorondersteld; slechts in evidente gevallen is iemand (geheel) wilsonbekwaam, zoals comateuzen.

De behandelaar moet aantonen, als hij dat vindt, dat de patiënt wilsonbekwaam is. De behandelaar is degene die die verrichting uitvoert. Dat ‘terzake’ impliceert immers dat het altijd gaat om een individuele, concrete (be)handeling waarvoor toestemming wordt gegeven, vaak is er dus sprake van partiële wilsonbekwaamheid. Als de patiënt bij de internist een infuus weigert stelt deze, en niet de psychiater, vast of dat een wils(on) bewame weigering is. De psychiater in consult kan natuurlijk wel daarbij adviseren.

Dit construct wilsbekwaamheid is juridisch, nogal rationeel-cognitief gekleurd. Dat houdt bij eetstoornissen een extra risico in: dat patiënten voor wilsbekwaam worden gehouden slechts omdat ze een rationeel aandoend verhaal kunnen vertellen over de stoornis, de gevolgen en de behandelopties - terwijl er toch sprake is van een ongeldig wilsbesluit omdat de ernst van de stoornis (zoals de toestand van ondervoeding) die cognities dicteert. Daar moeten extra overwegingen aan gewijd worden. De laatste jaren wordt mede daarom bij de vaststelling van wilsbekwaamheid een aantal zaken meegewogen zoals context, emotionaaliteit, sociale en biografische factoren.

‘Dwang’ behandeling in de WGBO

De wet is vooral geschreven met het oog op de algemene geneeskunde. Omdat daar soms patiënten geen toestemming kunnen geven is er een regeling voor ingrijpen zonder die

toestemming. De toestemming wordt dan gegeven door de 'vertegenwoordiger'. Dat is bij meerderjarigen soms de curator of mentor, als die er niet is de 'schriftelijk gemachtigde', en als die er (gewoonlijk) ook niet is beslist de echtgenoot, geregistreerd partner/ levensgezel, en anders ouders, kinderen, broers of zussen. Geldige toestemming van die vertegenwoordiger is essentieel. Wilsonbekwaamheid is daarbij dus een voorwaarde.

Bij verzet van een wilsonbekwame patiënt tegen een 'verrichting van ingrijpende aard' (en daar valt haast per definitie alles onder wat aan dwanginterventies plaatsvindt bij somatisch bedreigde patiënten met eetstoornissen) zoals het inbrengen van een infuus, kan die handeling toch worden verricht - dus met toestemming van de vertegenwoordiger - 'slechts, indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen'.¹ Het gaat dan niet om zomaar nadeel, maar het moet dicht tegen gevaar aanliggen en 'slechts' betekent daarbij ook dat voor overwegingen van bestwil geen ruimte is. Met 'kennelijk nodig' wordt bedoeld dat het evident moet zijn dat achterwege blijven van de interventie absoluut niet aan de orde kan zijn.

Als de situatie zo gevaarlijk is dat de toestemming van de vertegenwoordiger niet kan worden afgewacht ('onverwijld uitvoering... kennelijk nodig is') mag eerst al gehandeld worden.

Zo'n regeling is probleemloos bij iemand met een epileptisch insult of met een contusieel beeld. Bij wilsonbekwame

patiënten met eetstoornissen laat de wet zich ook moeiteloos toepassen. Het aanvragen van een Bopz-maatregel op een somatische afdeling van een algemeen ziekenhuis als er onder verzet somatische behandelinterventies bij de wilsonbekwame patiënt met een eetstoornis plaatsvinden met vervangende toestemming van de vertegenwoordiger is onnodig en onzinnig. Maar vergeet niet dat ook als iemand zich gevaarlijk uithongert dat op zich de patiënt nog niet wilsonbekwaam maakt. Het gaat immers om het *proces* van besluitvorming en niet de uitkomst daarvan.

Maar soms gaat het om interventies van enige duur: een aantal dagen verblijf met infuus of sonde. Dat gaat dan onder de WGBO, maar bij voortzetting kan het toch gaan knellen omdat de WGBO wel voorziet in dwanginterventies, maar geen 'titel' (juridische grond) biedt voor vasthouden tegen de wil. Langdurig verblijf waarbij de patiënt weg zou willen maar nu eenmaal gedwongen aan een infuus ligt zou tenslotte als vrijheidsbeneming kunnen worden gezien.

De wet Bopz

In dat soort gevallen komt ook de Wet Bopz in beeld, die overigens erg slecht aansluit bij de WGBO en naar zijn aard als 'lex specialis' aanzienlijk strenger is. De raakvlakken van WGBO en Wet Bopz zijn bij uitstek lastig als het om mensen met eetstoornissen gaat. Het is daarom van belang de aard en plaats van de wet Bopz scherp te onderkennen. De Wet Bopz is naar zijn oorsprong en

aard een opnamewet voor psychiatrische patiënten, en is verknoopt met art 5 van het EVRM (Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens) betreffende de 'rechtmatige detentie ... van geesteszieken'. Het gaat om vrijheidsbeneming, door de rechter opgelegd, vanwege gevaar dat uit de geestesstoornis voortvloeit en dat niet op een andere wijze kan worden afgewend dan door gedwongen opname. Ook al wordt er behandeling aangeboden (en desnoods onder dwang toegepast) - de Bopz is vóór alles een *opnamewet* met vrijheidsbeneming als interventie om gevaar af te wenden. Daarin zit al een essentieel verschil met de WGBO die zich op *behandeling* richt, en niet op vrijheidsbeneming.

De wet Bopz is locatiegebonden: op de (in een officiële lijst opgenomen) 'Bopz-aangemerkte' locaties geldt het Bopz-regime, daarbuiten niet. Die Bopz-aanmerking brengt met zich mee dat er de bescherming gegeven wordt van extra regelingen. Voor opname en verblijf in een Bopz-aangemerkte locatie is ook vereist dat de patiënt zelf (dus niet via vervangende toestemming!) 'blijk geeft van de nodige bereidheid' daartoe; expliciete informed consent dus. Als deze ontbreekt is een voorafgaande Bopz-maatregel nodig. De wet en het (tucht-)recht zijn hier hard in! Dat levert een op het oog wonderlijk fenomeen op: een soporeuze patiënt, binnengebracht op de SEH, kan moeiteloos onder de WGBO naar een afdeling Interne worden gebracht, maar voor verplaatsing naar de PAAZ (die is Bopz-aangemerkt) moet eerst een Bopz-maatregel worden verkregen. Vervoer naar de SEH gaat dus zonder Bopz-

maatregel omdat de Bopz locatiegebonden is, ook als de (wilsonbekwame) patiënt zich verzet. Het ambulancepersoneel lijkt daar echter soms andere opvattingen over te hebben.

Op de Bopz-aangemerkte locatie (zoals psychiatrisch ziekenhuis, PAAZ, PUK) geldt voor de somatiek onverminderd de regeling van de WGBO. Dus het toedienen - bij wilsonbekwaamheid desnoods onder verzet - van medicatie aan een patiënt in een epileptisch insult gaat via de WGBO. Maar waar het gaat om gedwongen toediening van voeding en vocht valt de daar opgenomen patiënt met eetstoornis onder het bijzondere Bopz-regime. In de praktijk van alledag kan dit voor de medicus onlogisch aanvoelen, maar zo is het in de wet wel gesteld.

Dat houdt om te beginnen in dat als tot dit soort dwangtoepassing wordt besloten bij een vrijwillig opgenomen patiënt de Inspectie voor de Gezondheidszorg eist dat 'onverwijld' de procedure tot verkrijging van een passende Bopz-maatregel wordt gestart. Voeding en vocht gedwongen toedienen (of medicatie) via de WGBO gaat dus niet: ook bij de wilsonbekwame patiënt op psychiatrische afdelingen kan dat alleen onder de Bopz en met een Bopz-maatregel. Als een in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen patiënt met Bopz-maatregel vanwege daar niet te hanteren somatische problemen moet worden overgeplaatst hoort dat te gebeuren naar een eveneens Bopz-aangemerkte locatie zoals een PAAZ. Kan het daar ook niet dan is er een

noodscenario waarin de wet niet voorziet, maar de rechtspraak wel: nood breekt wet, maar zorg ervoor de bijzondere Bopz-rechten van de patiënt zo goed mogelijk te waarborgen.

Het karakter van de Bopz als speciale wet t.o.v. de WGBO maakt dat als beide wetten van toepassing kunnen zijn de Bopz voor gaat. Een keuze om via de WGBO in te grijpen om het strengere regime van de Bopz te ontlopen mag nooit.

Wanneer is een Bopz-maatregel voor een patiënt met eetstoornis aangewezen?

Soms als de gedwongen interventies op een somatische afdeling (uiteraard: alleen bij wilsonbekwaamheid!) zo lang gaan duren dat er feitelijk sprake is van vrijheidsbeneming, maar dit zal uitzonderlijk zijn. Doorgaans gaat het om patiënten bij wie klinische opname in een psychiatrische setting (Bopz-aangemerkt) het laatste redmiddel is om gevaar (meestal voor zichzelf) af te wenden en die geen blijk geven van de 'nodige bereidheid' tot opnemings/verblijf.

Stoornis in de wet Bopz

Niet elke stoornis legitimeert tot dwangopneming³. Er moet sprake zijn van een 'true mental disorder' die zó ernstig

moet zijn dat dwangopname gepast is. Een DSM-classificatie is onvoldoende. Lang niet alle stoornissen zijn naar hun aard en ernst toereikend voor een Bopz-maatregel; eetstoornissen ook alleen in speciale ernstige gevallen, waarbij op basis van een individuele beoordeling (en geneeskundige verklaring) aangegeven wordt dat het hier een eetstoornis betreft die het gevaar rechtstreeks veroorzaakt. Het hebben van een eetstoornis kan geen Bopz-maatregel opleveren, alleen als die stoornis zó extreem is dat die de patiënt tot 'willoos werktuig' maakt: 'dat de stoornis... betrokkene het gevaarvolle handelen doet veroorzaken'. Dat kan zijn doordat de eetstoornis de cognitieve en conatieve functies en de stemming enorm domineert, en/of doordat hier vanwege comorbiditeit (bijvoorbeeld depressie) sprake van is. Het kan dus zijn dat de patiënt opknapt (qua gewicht, depressie etc); dan is er nog steeds sprake van een eetstoornis, maar kan het zijn dat een patiënt geen 'willoos werktuig' meer is van de stoornis. Dan is er geen stoornis meer in de zin van de wet Bopz en zal de geneesheer-directeur ontslag uit dwangopneming moeten verlenen (art 48 Bopz)

Gevaar in de wet Bopz

Het gevaar moet rechtstreeks uit de stoornis voortvloeien. Gevaar is kans op onheil, dat kan een kleinere kans op heel ernstig onheil zijn (hartritmestoornis en dood, ook somatisch gevaar valt eronder), maar ook een grote kans op iets minder extreem onheil.

³. R.H. Zuiderhoudt, *Stoornis en de Bopz, Praktijkreeks Bopz Deel 8, den Haag 2004, Hfst 1 en specifiek 6.3*

Het hoeft zich niet al gemanifesteerd te hebben: de Bopz is er juist ter preventie, maar het mag anderzijds niet slechts 'mogelijk gevaar' zijn. Het moet voldoende reëel en concreet dreigen, maar hoeft niet heel acuut te zijn.

Niet op een andere manier af te wenden

Alle (ambulante) alternatieven moeten wel langsgelopen zijn en ondeugdelijk gebleken - dat betekent niet dat alles geprobeerd moet zijn wat kansloos lijkt. Een vrijwillige opname moet ook onhaalbaar zijn. Het vereiste van 'blijk geven van de nodige bereidheid tot opnemings' speelt bij wisselende bereidheid (patiënt wil nu wel maar te voorzien is dat dat duurt tot er gegeten moet worden) of geclausuleerde bereidheid (geen of volstrekt ontoereikende bereidheid tot diagnostiek en behandeling). Ook dan zal een Bopz-maatregel kunnen.

Aanwezig zijn van behandelbaarheid is geen criterium voor een Bopz-maatregel. De rechter toetst wel aan 'proportionaliteit'. Dat wil zeggen dat als een opname bijvoorbeeld volstrekt perspectiefloos is, de rechter geen Bopz-maatregel afgeeft ook al is aan de voorwaarden van dwangopname voldaan. Het is wederom van belang te bedenken dat een juridisch oordeel doorgaans sterk leunt op rationeel/cognitieve aspecten. Een patiënte met eetstoornis die vanuit de pathologie met verve en vaardigheid vrijwilligheid van de behandeling

bepleit kan een rechter op het verkeerde been zetten - daar is het van belang indringend de doorwerking van de stoornis over het voetlicht te brengen!

Welke Bopz-maatregel?

Gewoonlijk wordt door de rechter een machtiging opgelegd voor maximaal 6 maanden: de Voorlopige Machtiging. Daar is overigens niets voorlopigs aan, dat betekent dat die gevolgd kan worden door machtigingen tot voortgezet verblijf. In situaties waarin de procedure tot verkrijging van zo'n voorlopige machtiging 'niet kan worden afgewacht' (dat duurt doorgaans dagen tot enkele weken) kan door de burgemeester een 'last tot inbewaringstelling' (IBS) worden afgegeven. Dit is dus voor situaties die acuut zijn, bijvoorbeeld ook als iemand opeens zo slecht raakt dat er snel dwangvoeding moet worden toegepast maar de patiënt verblijft nog vrijwillig.

Er is een mogelijkheid een dwangopname als stok achter de deur te houden: de 'Voorwaardelijke Machtiging', waarbij de patiënt buiten mag blijven mits hij zich aan de voorwaarden die gesteld zijn (en geaccordeerd door de rechter) houdt. Dan kan er onder dwang worden opgenomen als de voorwaarden overtreden worden of als het gevaar toch opduikt.

Interne rechtspositie bij de wet Bopz

Het verblijf met een Bopz-maatregel in een Bopz-aangemerkte setting brengt extra rechtsbescherming voor de patiënt met zich mee, die hieronder sterk verkort en versimpeld wordt aangestipt. Zo is er een speciale klachtenregeling en zijn de mogelijkheden tot dwanginterventies beperkt en preciezer uitgewerkt.

Anderzijds sluit de Bopz in tegenstelling tot de WGBO dwang bij de wilsbekwame patiënt niet categorisch uit.

De behandelaar moet een behandelingsplan opstellen na overleg met de patiënt.

Dat kan alleen ten uitvoer gelegd worden met diens toestemming of die van de vertegenwoordiger in geval van wilsbekwaamheid.

Verzet stuit de behandeling, maar dan kan dwangbehandeling worden aangevraagd als het gevaar in de kliniek daartoe noopt of als anders het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen.

Onder dwangbehandeling vallen ook interventies als gedwongen toediening van voeding, vocht en medicatie. Dit kan voor maximaal 7 dagen ook buiten het behandelingsplan om in acute noodsituaties.

tijd in de maak. Naar het zich nu laat aanzien speelt wilsbekwaamheid een grotere rol in de besluitvorming omtrent dwangbehandelingen in deze wet en wordt de scheiding tussen somatische en psychiatrische zorg (die nu voor veel verwarring kan zorgen) verminderd in deze wet. Het is nog niet duidelijk wanneer de WVGZ in werking zal gaan treden.

Toekomst

De Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGZ) is de vervanger van de wet Bopz en al enige

Wilsbekwaamheid
& anorexia nervosa:

Een ethisch perspectief

Prof Hans van Delden

Inleiding

Na de Tweede Wereldoorlog nam het vermogen van artsen om therapeutisch te interveniëren in het ziektebeloop van hun patiënten sterk toe. Met behulp van zogeheten ‘magic bullets’, vooral antibiotica, waren ze in staat om ziekten te bestrijden, met name waar het ging om infectieuze ziekten. De sterk toegenomen mogelijkheden van de geneeskunde vergrootten het aanzien van artsen zeer. Zij waren sinds het eind van de negentiende eeuw steeds beter geworden in het diagnosticeren van ziekten, en hadden daar al de nodige prestige aan ontleend, maar nu konden ze ook nog iets doen aan de ziekten die ze zo goed konden diagnosticeren! De macht van artsen om te genezen leek grenzeloos en hun aanzien in de maatschappij steeg navenant. Behandelplassen van artsen werden dan ook nauwelijks betwijfeld; sterker nog, inbreng van de kant van de patiënt werd helemaal niet gevraagd en ook niet bijzonder gewaardeerd. Patiënten kregen vaak helemaal niet te horen waaraan ze leden, bijvoorbeeld om ze niet de hoop op genezing te ontnemen.

In dit beeld kwam gedurende de jaren zestig van de vorige eeuw een verandering. Vanuit de sociologie (Illich) maar ook vanuit de geneeskunde zelf (Van den Berg) werd steeds vaker de vraag opgeworpen of het wel allemaal zo goed was wat artsen deden. Het inzicht brak door dat het handelen van artsen ook kan schaden (iatrogenese) en dat dit soms meer kwaad doet dan goed. Blijkbaar was de medische rationaliteit onvoldoende in staat om altijd het goede

voor de individuele patiënt te realiseren. Daartoe was ook de inbreng van iemand anders dan de arts nodig. Die iemand was de patiënt zelf! De patiënt werd als persoon (her)ontdekt. De gedachte vatte post dat artsen met patiënten moeten praten over hun behandelplannen. Hiervoor zijn drie redenen: op die manier kan beter worden beoordeeld of de voorgestelde behandeling ook werkelijk bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de patiënt; op die manier kan de patiënt authenticiteit ontwikkelen en tot slot heel direct omdat de patiënt recht heeft op die informatie. Zonder de geïnformeerde toestemming van de patiënt zou een medische interventie immers moeten worden gezien als een schending van de lichamelijke integriteit van die patiënt.

Langzamerhand ontstond zo het beeld van de patiënt als autonome beslisser die zelf, of in dialoog met de arts (*shared decision making*), uitmaakt wat er wel of niet met haar gebeurt. Het was tegelijk volstrekt duidelijk dat niet iedere patiënt in staat is om op die manier zelf te beschikken en dus ontstond de behoefte aan een begrip waarmee duidelijk gemaakt kon worden wie wel tot autonome besluitvorming in staat is en wie niet. Dat begrip is wilsbekwaamheid.

Het begrip wilsbekwaamheid

Wilsbekwaamheid en zijn tegenhanger, wilsonbekwaamheid, zijn begrippen die inmiddels een duidelijke plek hebben in het gezondheidsrecht, al zal men de

woorden zelf er niet snel tegenkomen. In het recht omschrijft men wilsbekwaamheid namelijk doorgaans als ‘het vermogen om de eigen belangen ter zake te behartigen’ (WGBO). Maar voor de meeste artsen blijven wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid lastige begrippen waarmee zij niet heel goed uit de voeten kunnen. We beginnen daarom met een bespreking van de betekenis van het begrip wilsbekwaamheid zelf.

In de kern is het begrip wilsbekwaamheid een uitsluitend begrip: als een arts een patiënt wilsonbekwaam noemt, diskwalificeert zij de patiënt in wezen als haar gesprekspartner. Wellicht is dat ook de reden dat artsen in de praktijk moeite hebben met het dichotome (zwart-wit) karakter van het begrip. Zij wijzen er bijvoorbeeld op dat mensen voor het één wel wilsbekwaam kunnen zijn, maar voor het andere niet. Nu is dat eigenlijk geen steekhoudend bezwaar, want in het moderne denken over wilsbekwaamheid wordt juist benadrukt dat het moet gaan om een taak-specifieke beoordeling. Als een arts de wilsbekwaamheid van een patiënt beoordeelt, willen we juist dat zij alleen kijkt naar het vermogen van de patiënt om in de onderhavige kwestie een autonome beslisser te zijn; niet in elke beslissing en voor altijd. Wilsbekwaamheid is een taak-specifiek, functioneel, proces gebonden en tijdgebonden begrip waarover niet op grond van een diagnose kan worden besloten. Te stellen dat een patiënt die aan anorexia nervosa lijdt, of die beneden een bepaald gewicht komt, daarom wilsonbekwaam is, strookt totaal niet met het moderne denken over wilsonbekwaamheid.

Dit lost echter het probleem van de arts niet geheel op. Want per taak zal zij toch moeten vast stellen of de patiënt wilsbekwaam is of niet. Als de arts beoordeelt dat het ‘iets er tussenin’ is (bijvoorbeeld in de vorm van het in de praktijk wel gebezigde ‘verminderd wilsbekwaam’), dan kan ze net zo goed niets zeggen. Dan is namelijk nog niet duidelijk of de patiënt nu als mede-beslisser bij de besluitvorming moet worden betrokken of niet. In dat laatste geval komt de rol van mede-beslisser bij de vertegenwoordiger te liggen. Die vertegenwoordiger wordt geacht het belang van de patiënt te behartigen en daarbij zich niet door zijn eigen belang te laten leiden.

De wetgever mag dan wel stellen dat de patiënt bij twijfel wilsbekwaam moet worden geacht, maar ook dat neemt het ongemak van de arts niet weg. Een van de vermoedelijke redenen daarvan is dat het begrip wilsbekwaamheid in theorie dan wel regelt wie er meedoen op het besluitvormingstoneel, maar dat de werkelijkheid toch meestal anders is. De wilsonbekwame patiënt is immers in het echt niet zomaar van het toneel verdwenen. Dat lijkt misschien zo bij de comateuze patiënt, maar bij de patiënt die aan anorexia nervosa lijdt, is dat zeker niet zo. De wilsonbekwame anorexia nervosa patiënt laat zich doorgaans niet het zwijgen opleggen. Ook al vinden we haar mening niet goed genoeg, die mening (wens, gedrag, verzet enz.) is er wel en laat zich niet juridisch weg definiëren.

Daarmee hebben we, naast het dichotome karakter, een tweede karakteristiek van het begrip wilsbekwaamheid genoemd: het oordeel over de wilsbekwaamheid is per definitie een normatief oordeel. De kern is dat we de kwaliteit van de besluitvorming van de patiënt onvoldoende vinden om haar als serieuze gesprekspartner te aanvaarden. Het is daarmee een wezenlijk ander begrip dan haarkleur, lengte en gewicht die we kunnen beschrijven zonder er direct een oordeel over uit te spreken. Wilsbekwaamheid is een oordeel. Het is bovendien een feilbaar oordeel waarvoor geen gemakkelijk objectiveerbare criteria bestaan. In een andere bijdrage aan deze bundel zijn de bekende criteria voor wilsbekwaamheid beschreven. Daaruit bleek al hoezeer de criteria nadere invulling behoeven: wat is voldoende informatie? Wat is voldoende begrip? Wat is voldoende inzicht in de situatie? Wat is een voldoende argumentatie? Oordelen over wilsbekwaamheid lopen daarmee altijd het gevaar dat ze worden verzwolgen door Charybdis of ten prooi vallen aan Scylla: er wordt al gauw óf teveel vrijheid benomen, óf teveel vrijheid gelaten. Geen van twee hoort bij goede geneeskunde.

Naar een dynamisch begrip van wilsbekwaamheid

Ondanks het geschetste ongemak van artsen (en andere hulpverleners), ondanks het gebrek aan objectiveerbare criteria en ondanks het uitsluitende karakter van het

begrip wilsbekwaamheid, is het begrip wilsbekwaamheid toch niet zomaar uit de praktijk van de zorg voor mensen met anorexia nervosa weg te denken. We zullen er iets mee moeten. Daarvoor is ook die zorg teveel ingekaderd in het paradigma van de zelfbeschikking, waaraan overigens natuurlijk ook vele voordelen verbonden zijn.

Hieronder zullen we drie lijnen schetsen waarlangs gekomen kan worden tot een dynamisch begrip van wilsbekwaamheid. Dat kan door beweging te brengen in het oordeel van de professional zelf, in de relatie met de wilsbekwame patiënt en in het vermogen tot het vormgeven aan het ideaal van autonomie van de patiënt met anorexia nervosa zelf.

Op zich is het lastig wanneer een uitspraak van een arts niet onderbouwd kan worden door gemakkelijk objectiveerbare oordelen. Artsen zijn ook erg gewend geraakt aan de situatie waarin bevindingen in maat en getal (labwaarden, afmetingen op beeldvormende technieken enz.) zijn uit te drukken. Juist in de psychiatrie is dat echter lang niet altijd het geval. In die discipline is men wel gewend aan het feit dat een diagnose het best kan worden opgevat als een betekenisvolle interpretatie van de werkelijkheid; niet als een onweerlegbare en objectieve beschrijving ervan. Die interpretaties vormen een beargumenteerde werkhypothese.

Ook al heeft men dan redenen om die diagnose te stellen, dat betekent nog niet dat zij onveranderbaar is. Een volgende hulpverlener zou met redenen omkleed tot

een andere interpretatie kunnen komen. Door oordelen transparant te maken en open voor kritiek dan wel heroverweging, komen de hulpverleners gaandeweg tot de meest houdbare diagnose, op grond waarvan men tot verantwoord medisch handelen kan komen. Op deze manier kan men ook omgaan met oordelen over de wilsbekwaamheid. Hierboven werd gewezen op de excluderende werking van het oordeel 'wilsbekwaam'.

De patiënt over wie zo wordt gedacht mag immers niet mee beslissen. Dat is juridisch juist, maar betekent natuurlijk nog niet dat de arts niet in gesprek zou mogen blijven met die patiënt. Ook de wilsbekwame patiënt kan informatie aandragen die voor de besluitvorming van wezenlijk belang is, ook al kan zij dan niet de volle verantwoordelijkheid voor haar beslissing dragen. Een wilsbekwame patiënt met anorexia nervosa kan mogelijk aangeven wat haar doelen in het leven zijn en wat zij wil vermijden. Door daarover met haar in gesprek te blijven kan de hulpverlener aansluiten bij het gezonde deel van de patiënt en proberen haar eigen handelen in lijn te brengen met wat voor de patiënt belangrijk is.

Bovendien: ook al zou de arts de patiënt met anorexia nervosa als wilsbekwaam bestempelen, dan nog is haar gedrag niet verdwenen. De strijd over het eten moet nog steeds gevoerd worden. Of liever geen strijd. Maar hoe dan ook: het oordeel over de bekwaamheid betekent relatief weinig in de dynamische omgang met de patiënt met anorexia nervosa in het leven van alle dag.

Ook de vertegenwoordiger speelt hierbij een rol. In het gangbare, op het liberale mensbeeld stoelende idee van autonomie zijn de belangen van de patiënt en van diens vertegenwoordiger gescheiden. Een vertegenwoordiger mag alleen het belang van de patiënt dienen en moet die van hemzelf buiten beschouwing laten. In werkelijkheid zijn al die belangen niet zo gescheiden. Mensen bestaan voor een belangrijk deel bij de gratie van de relaties die ze onderhouden. Ze zijn vader vanwege hun dochter en echtgenoot dankzij het bestaan van hun vrouw. Een vertegenwoordiger kan daarom tot op zekere hoogte wel degelijk het belang van de patiënt dienen door zich af te vragen wat hij zelf belangrijk zou vinden. Als het goed gaat met je kind, gaat het met jezelf als ouder ook beter. Natuurlijk ontkennen we niet de soms aanwezige psychopathologie in het systeem om de patiënt met anorexia nervosa heen. Dat impliceert dat de hulpverlener een belangrijke toetsende rol heeft, maar niet dat elke mening van een vertegenwoordiger moet worden gewantrouwd vanwege het vermeende beroep op eigen belang.

Een derde manier om de dynamiek te brengen in de relatie met de patiënt op het gebied van de wilsbekwaamheid bestaat uit spelen met de tijd. Toegegeven, het kan niet altijd, maar vaak kan een beslissing wel even worden uitgesteld. Wellicht lukt het de patiënt op een volgend moment wel om voldoende vaste grond onder de beslissing te leggen. Als het niet per se op dat moment hoeft dan zou de arts het oordeel over de bekwaamheid beter kunnen uitstellen, ook al

omdat het stempel 'wilsonbekwaam' eraan bijdraagt dat de patiënt bevestigd wordt in het zieke stuk van haar leven.

Een dynamische omgang met oordelen over de wilsbekwaamheid ontstaat ook als we inzien dat dit oordeel niet onveranderlijk is. Uiteraard kan de situatie van de patiënt veranderen, bijvoorbeeld doordat het gewicht weer toeneemt. Maar dat is hier nu niet bedoeld. De bekwaamheid van de patiënt wordt ook in hoge mate beïnvloed door de arts zelf. In de eerste plaats doordat begrip van de informatie en inzicht in de situatie natuurlijk samenhangen met hoe die informatie wordt gegeven en hoe de situatie wordt beschreven. Artsen kunnen wilsonbekwame patiënten helpen om (weer) wilsbekwaam te worden of te blijven door informatie beter af te stemmen op het begrip van de patiënt en door een situatie zo overzichtelijk mogelijk te houden. Mooier nog is het als artsen hun handelen zodanig weten in te richten dat de patiënt maximaal wordt aangemoedigd om zelf regie te nemen, dat wil zeggen het ideaal van autonomie vorm te geven. Dat kan in een aantal gevallen door patiënten verantwoordelijkheid te geven in plaats van te ontnemen, door ze op hun gezonde stuk aan te spreken, door aan te sluiten bij wat ze wel willen (bv dokter worden) in plaats van ze te drukken op wat hen niet lukt (op gewicht blijven).

Conclusie

Oordelen over wilsbekwaamheid zijn een onvermijdelijk deel van de zorg voor mensen met anorexia nervosa. Ze zijn niet gemakkelijk te vellen en vaak onderwerp van discussie. Maar in een dynamische benadering die gericht is op het weer vaste grond onder de voeten bieden van de patiënt, hoeven deze oordelen geen grote plek in te nemen.

Voor zover ze dan zo nu en dan toch nodig zijn bieden de bekende criteria voldoende houvast om tot verantwoorde zorg te komen.

Wilsbekwaamheid
& anorexia nervosa:

De praktijk

Isis Elzackers & prof Annemarie van Elburg

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa (AN) is een relatief zeldzaam, maar wel ernstig, ziektebeeld met zowel psychiatrische als somatische symptomen. Mensen die lijden aan AN hebben de vaste overtuiging te dik te zijn en doen veel moeite om gewicht te verliezen, zoals beperkt eten en teveel bewegen. Deze overtuiging is vaak waanachtig van karakter en daarom nauwelijks bespreekbaar. Des te lager het gewicht, des te sterker deze overtuiging. Andere symptomen zijn een verstoord lichaamsbeeld, rigiditeit, afgevlakte emoties en veel angst voor verandering. Een patiënt met AN lijdt dikwijls aan een gestoorde realiteitstoetsing en werkt daarom vaak niet mee aan de behandeling of volgt de adviezen niet op. Dit maakt de omgeving, inclusief de hulpverleners, vaak erg machteloos en gefrustreerd. Desalniettemin moet er vanwege de hoge mortaliteit (nl 10%) toch gehandeld worden. Herstelde patiënten melden terugkijkend dat ze in hun ziekteperiode, juist vanwege die verstoorde realiteitstoetsing, geen ziekte-inzicht hadden en van daaruit niet goed mee konden werken. Vaak melden zij blij te zijn dat er toch, ook soms tegen hun wil, is ingegrepen.

Somatische effecten en gevolgen wilsbekwaamheid

De effecten van gewichtsverlies doen zich op allerlei terreinen gelden. Er is sprake van hypothermie (lage lichaamstemperatuur),

hypotensie (lage bloeddruk), bradycardie (lage pols) en amenorroe (geen menstruatie meer). Op de langere termijn treedt osteoporose (botontkalking) op en bij jonge mensen wordt de botopbouw en de lengtegroei bedreigd. Het honger- en verzadigingssysteem raakt ernstig ontregeld, waardoor er een verkeerde inschatting van de verzadiging optreedt en de patiënt al heel snel het gevoel heeft 'vol' te zitten. Opmerkelijk genoeg melden patiënten ten tijde van hun ziekteperiode nauwelijks last te ervaren van deze lichamelijke gevolgen van het ondergewicht. Echter, herstelde patiënten geven vaak aan dat dit destijds wel het geval was, maar dat zij dit interpreteerden als positief, omdat hun acties het gewenste gevolg had, namelijk dat zij verder afvielen. Wetenschappelijk onderzoek onder volwassenen met AN toont aan dat patiënten met een BMI lager dan 15 (in de DSM 5 de categorie zeer ernstig) een veel grotere kans hebben wilsonbekwaam te zijn ten aanzien van de behandeling. Bij jongeren, die veel sneller in de somatische gevarezone komen vanwege hun geringere vetmassa, is de klinische ervaring dat wilsonbekwaamheid zeer snel optreedt.

Beoordeling wilsbekwaamheid in de praktijk

Om wilsbekwaamheid te beoordelen, moet worden gekeken naar de kwaliteit van het besluitvormingsproces (zie ook de Handreiking beoordeling Wilsbekwaamheid vanuit het Ministerie van Volksgezondheid).

In de praktijk draait het om een besluit ten aanzien van de behandeling. Op grond van internationaal wetenschappelijk onderzoek is de consensus dat er vier belangrijke aspecten van het besluitvormingsproces zijn die beoordeeld moeten worden:

- › Begrijpen van de ziekte en de voorgestelde behandeling.
- › Waarderen van de ziekte en behandeling; d.w.z. het erkennen van de ziekte en het potentiële voordeel van een behandeling.
- › Redeneren; d.w.z. het afwegen van opties inclusief niet behandelen.
- › Keuze maken.

Belangrijk is *hoe* patiënten tot hun besluit komen en niet *wat* hun beslissing uiteindelijk is. Hiervoor moet een bij intelligentie of ontwikkelingsniveau passende informatie gegeven worden. Een patiënt die na uitleg niet begrijpt wat (de impact van) hun ziekte is of wat de behandeling inhoudt, is vanzelfsprekend niet wilsbekwaam. Ook als er wel voldoende begrip is, kunnen patiënten wilsbekwaam zijn. Onderzoek toont aan dat indien lichamelijk zieke patiënten wilsbekwaam zijn, dit met name gelegen is in problemen met het redeneren (als het begrijpen intact is), maar bij psychiatrisch zieke patiënten is dit echter het waarderen.⁴

Met waarderen wordt bedoeld in hoeverre patiënten zich realiseren dat zij een ziekte daadwerkelijk hebben en in hoeverre zij

menen dat de geïndiceerde behandeling ook tot verbetering kan leiden van deze ziekte. Voor AN is dit laatste recentelijk bevestigd in een groep van 70 volwassen ernstig zieke AN patiënten.⁵ Dit geeft aan dat bij de beoordeling van wilsbekwaamheid bij AN het met name het waarderen is waar speciale aandacht naar uit moet gaan. Clinici moeten zich dus niet uitsluitend laten leiden door een intact begrijpen of redeneren ten aanzien van de stoornis bij AN patiënten.

Handelingsadvies bij het weigeren van behandeling door de patiënt

Hoewel patiënten het wettelijke recht hebben behandeling te weigeren, zelfs als dat heel onverstandig is, staat het de behandelend arts niet vrij zo maar werkeloos toe te zien, laat staan er actief aan mee te werken. Hier geldt de verplichting die voortvloeit uit het 'goed hulpverlener schap' (WGBO art 453), gekoppeld aan de professionele standaard. Sterker nog, als het gaat om iemand die afhankelijk is van hulpverlening, zo iemand 'in hulpeloze toestand achterlaten' is een delict (art 255 Wetboek van Strafrecht). De eerste vraag is hoe gevaarlijk de lichamelijke situatie is van de patiënt aan de hand van bloeddruk, pols, temperatuur, lab (glucose, kalium) en een ECG. En daarbij: de termijn waarop er

4. Gareth S. Owen, George Szmukler, Geneva Richardson, Anthony S David, Vanessa Raymont, Fabian Freyhagen, Wayne Martin and Matthew Hotopf. Decision-making capacity for treatment in psychiatric and medical in-patients: cross-sectional, comparative study. *British Journal of Psychiatry* (2013) 203, 461-467.

5. Isis F.F.M. Elzackers, Unna N. Danner, Hans W. Hoek, Anemarie A van Elburg. Mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: explorative study. *British Journal of Psychiatry Open* (2016) 2, 147-153.

moet worden ingegrepen. Hoewel AN in de eerste plaats een psychiatrische aandoening is, gaat bij een bedreigde lichamelijke conditie somatiek boven een psychiatrische behandeling. Dat wil niet zeggen dat de psychiater niet betrokken moet worden bij een dergelijke patiënt. Het verbeteren van de somatische conditie van de patiënt is wel een voorwaarde voor de start van de psychiatrische behandeling. De consultatief psychiater kan ingezet worden om het team in het algemeen ziekenhuis te ondersteunen, communicatie naar familie te onderhouden in samenspraak met de internist of kinderarts en om een kader van gespecialiseerde hulp mee op te starten. Continuïteit van zorg met goede samenwerking tussen de psychiater en de internist/huisarts/kinderarts biedt uiteindelijk de beste kans op herstel.

Wat betreft de leeftijden waarop iemand informed consent kan geven het volgende.

- <12 jaar: minderjarige heeft recht op passende informatie maar de met gezag beklede ouders beslissen.
- Tussen 12 en 16 jaar: ouders met gezag sluiten de behandelingsovereenkomst maar voor behandelinterventies is de toestemming van zowel ouders als jongere nodig.
- >16 jaar geldt de jongere als meerderjarig t.o.v. de WGBO en sluit dus zelf de behandelingsovereenkomst en beslist zelf over de inhoud daarvan.

Voor opname en verblijf in een Bopz-aangemerkte instelling is de toestemming van beide met gezag beklede ouders vereist tot de jongere 18 jaar is.

In het hierna volgende zullen we aanwijzingen geven voor de verschillende settingen waarin een weigerende anorexia nervosa patiënt zich kan bevinden.

We splitsen dit expliciet uiteen, omdat de juridische kaders in de diverse settingen anders zijn en bepalend voor de handelwijze.

De weigerende en lichamelijke ernstig bedreigde patiënt bij de huisarts of in de thuissituatie

Twee cruciale vragen voor de behandelaar zijn: Hoe acuut is het gevaar? En is de aangewezen behandeling een somatische (dat wil zeggen een infuus met bv. kalium, sondevoeding, hartbewaking aanwezig) of niet?

Als hij beoordeelt dat er sprake is van te verwachten ernstig nadeel op korte termijn vanwege grote somatische problemen, is de geëigende plaats voor behandeling het algemeen ziekenhuis en niet een psychiatrische afdeling. Het psychiatrisch ziekenhuis heeft immers in het algemeen niet de middelen voor behandeling van de acuut ernstig zieke patiënt. Dat betekent dan ook dat er expliciet **niet** gezocht moet worden naar een Bopz-maatregel, omdat deze opname in een psychiatrisch ziekenhuis regelt en niet primair behandeling, zeker niet van somatisch gevaar. De principes van de WGBO gelden dan ook in deze situatie. Mocht de patiënt de noodzakelijke behandeling weigeren, is een beoordeling

van de wilsbekwaamheid aangewezen. In principe kan elke arts dit doen. Overleg met de lokale crisisdienst of met een psychiater uit een eetstoornis centrum kan de huisarts ondersteunen in hoe te handelen.

Mocht de patiënt onvoldoende wilsbekwaam worden geacht, is het mogelijk tegen de wil van de patiënt te behandelen, nadat vervangende toestemming is gezocht. Als deze niet snel te verkrijgen is, handelt de hulpverlener eventueel zonder de vervangende toestemming en start de medisch noodzakelijke behandeling.

Voor de huisarts is in deze gevallen het advies om de patiënt eerst naar de spoedeisende hulp te vervoeren voor een nadere beoordeling (en eventueel eerste behandeling) van het somatische gevaar. Aldaar kan dan opnieuw worden beoordeeld hoe het met het somatische gevaar zit, of er al wel medewerking is ontstaan en in welke setting de patiënt het best kan worden behandeld. Een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ, PUK, PMU) kan aangewezen zijn, onder voorwaarde dat zij voldoende zijn toegerust om het somatische gevaar te behandelen. Voor overplaatsing naar dergelijke afdelingen is bij de weigerende patiënt wel een Bopz-maatregel vereist. Een opname op een afdeling van het algemeen ziekenhuis (Interne Geneeskunde, Kindergeneeskunde) kan in het geval van de weigerende wilsonbekwame patiënt middels de WGBO.

De weigerende en lichamelijk ernstig bedreigde patiënt op de spoedeisende hulp of somatische afdeling van het algemeen ziekenhuis

De ernst van het somatische gevaar is leidend in de beslisboom. De WGBO geldt, als beoordeeld wordt dat het acute somatische gevaar alleen kan worden afgewend door middel van een somatische behandeling die slechts gegeven kan worden in het algemeen ziekenhuis of op de spoedeisende hulp (bv parenteraal vocht of voeding). De weigerende patiënt zal dan moeten worden beoordeeld op haar wilsbekwaamheid om de noodzakelijke behandeling te weigeren.

Het staat de arts vrij om in te grijpen - ook zonder medewerking van de patiënt - als wordt beoordeeld dat de patiënt onvoldoende wilsbekwaam is om over de behandeling te beslissen, én als die noodzakelijk wordt geacht om het ernstige nadeel af te wenden. Dat kan hij in overleg doen met de eventuele wettelijk vertegenwoordiger.

Dit is in principe dezelfde situatie als bij een delirante patiënt, die soms ook tegen zijn wil behandeld en zelfs gefixeerd wordt. Een behandeling in deze situatie mag zolang duren als noodzakelijk, dit zal meestal enkele dagen tot een week zijn (bv kalium infuus, sondevoeding), totdat het onmiddellijke gevaar is geweken. Hier is dus geen Bopz-maatregel (bv in bewaringstelling,

IBS) voor nodig. De ervaring leert dat het gevoel 'water naar de zee te dragen' bij dergelijke patiënten nogal eens optreedt. De somatische behandeling van een al dan niet wilsbekwame AN patiënt is te vergelijken met een zichzelf niet goed regulerende diabetes mellitus patiënt die bij herhaling moet worden opgenomen ivm ontregelde glucoses en de lichamelijke gevolgen die dat heeft. Ook de diabetes patiënt kan onvoldoende wilsbekwaam zijn als hij ontregeld is. Ingrijpen is ook dan noodzakelijk, desnoods ondanks verzet van de patiënt.

De weigerende en lichamelijk ernstig bedreigde patiënt opgenomen op een psychiatrische afdeling

Bij een AN patiënt in behandeling bij de GGZ gelden bij (somatisch) gevaar de Bopz-kaders i.p.v. de WGBO. Opmerkelijk genoeg is wilsbekwaamheid in de Bopz niet een centraal thema. Hier draait het om de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, gevaar en de relatie daartussen. Gevaar is zeer breed gedefinieerd in de wet Bopz en omvat bv ook zelfverwaarlozing, maatschappelijke teloorgang of het risico om zichzelf iets ernstigs aan te doen.

Hierbij kunnen er **twee situaties** ontstaan:

- Ten eerste kan het zo zijn dat de behandeling al langere tijd onvoldoende oplevert, de patiënt langzaam verslechtert, maar nog niet zodanig

dat er sprake is van acuut (somatisch) gevaar. In dat geval is het mogelijk om een Rechterlijke Machtiging (RM) aan te vragen. Met een RM kan iemand worden opgenomen (maar nog niet behandeld) tegen zijn wil. Een dwangbehandeling kan wel starten indien een patiënt een Bopz-maatregel heeft, maar moet apart worden aangevraagd. Overleg met een eetstoornissen centrum is in dit geval aan te bevelen.

- Ten tweede kan er sprake zijn van een meer acute situatie, namelijk een hele slechte somatische conditie van de patiënt, die onmiddellijk somatische behandeling behoeft.

Bij **de vrijwillige patiënt** op de GGZ afdeling die weigert naar het ziekenhuis te gaan en bij wie het somatisch gevaar uit de geestesstoornis voortvloeit, wordt primair een Bopz-opname overwogen. Een voorwaarde hierbij is dat een plaatsing op een PAAZ/PUK/ eetstoornis afdeling (Bopz-aangemerkte afdeling) het somatisch gevaar afwendt - bijvoorbeeld door dwangbehandeling te starten met vocht en voeding. Als dat niet het geval is (bv omdat het gevaar te groot is of die afdelingen niet voorhanden zijn), zal een patiënt toch naar een somatische afdeling moeten worden overgebracht, mits deze patiënt wilsbekwaam is.

Als een **patiënt wel een Bopz-titel** heeft, moet primair een opname op een Bopz-aangemerkte afdeling plaatsvinden en zijn de bijpassende behandelinterventies zoals voeding en vocht en medicatie doorgaans te brengen onder dwangbehandeling

krachtens art. 38c van de wet Bopz, of, in noodsituaties, onder art. 39. Indien het gevaar alleen maar kan worden afgewend door een behandelinterventie op een niet Bopz-aangemerkte/somatische afdeling, dan moet men dat doen (goed hulpverlenerschap!), ook al voorziet de wet Bopz hier niet in.

Het ambulance-vervoer kan soms voor problemen zorgen. Het komt weleens voor dat de ambulance- medewerkers weigeren om een vrijwillige patiënt tegen zijn of haar zin mee te nemen naar het algemeen ziekenhuis. Goede en vasthoudende uitleg waarom vervoer toch noodzakelijk is, helpt hierbij. Let op, voorwaarde waarop dit toch mag is wel dat de patiënt wilsonbekwaam wordt geacht ten aanzien van het besluit dat behandeling noodzakelijk is.

Als daar tijd voor is, is het altijd raadzaam om in voorkomend gevallen met een collega te overleggen over het gewenste handelen en hoe dat zo goed mogelijk tegemoet komt aan het belang van de patiënt. Verantwoording achteraf is altijd makkelijker als er gehandeld is met het patiëntenbelang en de essentiële patientveiligheid voor ogen, ook als de wet lacunes vertoont. Zo is in recente jurisprudentie ook beslist omdat de wet Bopz nu eenmaal niet voorzien heeft in overplaatsing naar een algemeen ziekenhuis bij somatisch gevaar, terwijl dat soms geboden is. Belangrijk is om in het dossier goed de overwegingen te noteren bij genomen besluiten. In de komende wet verplichte GGZ worden bovengenoemde problemen opgelost, deze wet is echter niet te verwachten voor 2018.

Specifieke valkuilen bij de beoordeling van wilsbekwaamheid

Goed begrijpen van stoornis en/of behandeling

Veel mensen met AN zijn kunnen zich goed uitdrukken in taal. Hierdoor lijkt het alsof ze precies weten wat ze doen. Toch kan hun vermogen om te waarderen verminderd zijn. Het verminderde waarderen blijkt dan uit het bagatelliseren van de ernst van de somatische situatie en/of de ernst van de gevolgen die dit kan hebben indien het onbehandeld blijft, een kernsymptoom van AN. Bij beslissingen waar het draait om leven of dood (bv bij een zeer laag kalium, ernstige bradycardie, ernstige hypoglycaemie (laag glucose)) is de mate van wilsbekwaamheid die vereist is om een behandelweigering te respecteren hoger (strengere norm) dan bij beslissingen die niet tot acuut gevaar leiden.

Non compliance

➤ De patiënt laat zich wel opnemen op de afdeling Interne Geneeskunde/ Kindergeneeskunde, maar trekt de sonde eruit. Bij *acuut somatisch gevaar* waardoor de sondevoeding noodzakelijk is EN de patiënt wilsonbekwaam wordt geacht, dan kan de patiënt gefixeerd/gemediceerd worden, naar analogie van de delirante patiënt. Het is dan wel verstandig hierbij de consultatieve dienst van de psychiatrie te betrekken en de familie goed uitleg te geven; het fixeren kan voor zowel patiënt als familie een schokkende ervaring zijn. Als de wilsonbekwame patiënt zich

tegen de sonde (blijft) verzetten kan deze interventie - juridisch gesproken een verrichting van ingrijpende aard - alleen maar toegepast worden als die sonde 'kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen'. De ingreep moet in proportie staan tot het ernstig nadeel. Als er *geen acuut somatisch gevaar* bestaat en de patiënt is niet te overreden de sonde te laten zitten, kan de behandeling niet worden voort gezet, ook al is de patiënt niet wilsbekwaam. In dat geval moet er contact worden opgenomen met de GGZ behandelaars, een IBS (of RM) behoort in een dergelijk geval wel tot de mogelijkheden. Dat houdt dan overplaatsing in naar een psychiatrisch ziekenhuis (of psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis).

- De patiënt laat zich vrijwillig opnemen in de GGZ, maar werkt niet mee aan de behandeling. Hoewel officieel wilsbekwaamheid niet van belang is, is de ervaring dat dit in de beoordeling van het al dan niet aanvragen van een RM wel een rol speelt. Als de behandelaar een patiënt onvoldoende wilsbekwaam vindt en niet verwacht dat een vrijwillig traject tot verbetering (dwz gewichtstoename) gaat leiden is het aan te raden een RM aan te vragen. Voorkomen moet worden dat er lange vrijwillige behandeltrajecten komen, zonder dat die leiden tot daadwerkelijke verbetering. Hoe langer immers de ziekte duurt, hoe slechter de prognose.

Chronische AN

Ook bij chronisch zieke AN patiënten is het belangrijk om te beoordelen hoe acuut het somatische gevaar is. Bij chronisch zieke AN patiënten zijn de lichamelijke controles vaak nog opmerkelijk goed, ondanks een zeer laag BMI. Hoewel wilsonbekwaamheid hier dikwijls speelt, kan een gewogen risico beleid aan te bevelen zijn. Van groot belang hierbij is 'shared decision making', waarbij de voorgeschiedenis goed bekeken moet worden. Als eerdere behandelingen tot verslechtering hebben geleid, is het niet rationeel om een behandeling gericht op gewichtsherstel in te zetten. Om een dergelijk beleid te bepalen, is een open gesprek nodig met patiënt en betrokkenen over de morele dilemma's, zodat een gezamenlijke koers bepaald kan worden. Dit kan ook betekenen dat er niet meer wordt in gegrepen bij een acute verslechtering en kans op overlijden. Overleg met de huisarts is dan essentieel.

De zeer jonge patiënt

Bij patiënten tot 14 jaar speelt de ontwikkelingsfase een grote rol in de beoordeling van de wilsbekwaamheid. Juridisch is een kind tot 12 jaar wilsonbekwaam. AN kan echter leiden tot een vertraagde ontwikkeling. De valkuil is dan dat de mening van deze jongeren teveel gewicht in de schaal legt. Een andere valkuil is de situatie waarbij er sprake is van gescheiden ouders met een verschillende mening over de behandeling. De jongere zal vanuit de AN kiezen voor die ouder waarbij de meeste ruimte geboden wordt aan het ziektebeeld. Deze keuze wordt dan wilsonbekwaam gemaakt.

Prof Hans Wijbrand Hoek

is hoogleraar Psychiatrie aan de Universiteit van Groningen en hoogleraar bij de afdeling Epidemiologie aan de Columbia University in New York. Hiernaast is hij opleider bij Parnassia, een grote GGZ instelling met als standplaats Den Haag. Prof Hoek is reeds lang betrokken bij onderzoek naar en diagnostiek en behandeling van patiënten met anorexia nervosa. Vanuit deze achtergrond is hij ook lid geweest van de DSM-5 werkgroep voor Eetstoornissen. Hij is erelid van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen en nog steeds nauw betrokken bij het veld, getuige zijn veel optredens aangaande eetstoornissen op bijvoorbeeld het jaarlijkse Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie.

Mr. drs. Rembrandt Zijderhoudt

studeerde rechten en studeerde af op het medisch tuchtrecht. Hierna is psychiater geworden en heeft verschillende functies bekleedt als psychiater in de volwassenen en ouderen psychiatrie. Ook is hij diverse jaren geneesheer-directeur geweest. Zijn werkzaamheden de laatste jaren liggen vooral op het grensvlak van openbaar bestuur, recht en (geestelijke) gezondheid. Voor de overheid treedt hij op als gezondheidsrechtelijk adviseur en hij is lid van het Centraal Tuchtcollege.

Prof Hans van Delden

is hoogleraar Medische Ethiek aan het UMC Utrecht. Reeds als arts assistent op de Intensive Care was hij geïnteresseerd in beslissingen rondom het levenseinde en hij promoveerde dan ook op de medisch ethische vraagstukken omtrent niet reanimeer beleid. Hij is jarenlang als verpleeghuisarts werkzaam geweest en in deze hoedanigheid kwam hij ook veel in aanraking met beslissingen rondom het levenseinde. Hij is lid van de Gezondheidsraad, voorzitter van de Medisch Ethische Commissie van het UMC Utrecht en bij de KNAW en ZonMW vervult hij diverse rollen omtrent ethische aspecten van wetenschappelijk onderzoek en gezondheid. Vanaf 2012 is prof van Delden betrokken bij Altrecht Eetstoornissen Rintveld via het voorzitten van een regelmatig moreel beraad. Hierin komen de beslissing om behandeling te staken, dwang aan te vragen of andere morele kwesties omtrent het werken met patiënten met anorexia nervosa aan de orde.

Prof Annemarie van Elburg

is hoogleraar aan de Universiteit Utrecht, faculteit Sociale Wetenschappen en medisch manager van Altrecht Eetstoornissen Rintveld, een TopGGZ afdeling voor eetstoornissen. Zij heeft als kinder&jeugdpsychiater gewerkt met kinderen en jongeren met een eetstoornis en hierover diverse handboeken uitgebracht, waaronder ook een gids voor ouders van een kind met een eetstoornis. Prof van Elburg is voorzitter van de URGE (Utrecht Group for Eating Disorders) waar zowel fundamentele onderzoekers uit de neurobiologie als clinici die ook patiëntgebonden onderzoek doen in zijn verenigd. Prof van Elburg is lid van de Adviescommissie van het Leontienhuis (een door Leontien van Moorsel opgericht plek waar patiënten met een eetstoornis en hun familie elkaar kunnen ontmoeten en ondersteunen) en lid van het bestuur van de Academy for Eating Disorders.

Isis Elzackers

is psychiater bij Altrecht Eetstoornissen Rintveld en begeleidt daar met name de groep van volwassenen met een langdurige eetstoornis, overwegend anorexia nervosa. Op Rintveld heeft zij de Individuele Rehabilitatie Methode (IRB) uit de sociale psychiatrie geïntroduceerd teneinde de kwaliteit van leven van patiënten met een langdurige eetstoornis te kunnen vergroten. Hiernaast heeft zij het morele beraad omtrent morele dilemma's opgezet bij Rintveld, in samenwerking met de regionale instelling voor beschermd wonen hulp voor begeleid wonen opgestart voor jongeren met anorexia nervosa en is zij nu betrokken bij het introduceren van nieuwe behandelmethoden voor volwassenen met anorexia nervosa. Isis Elzackers doet onderzoek naar wilsbekwaamheid bij volwassenen met anorexia nervosa en hoopt hierop in 2017 te promoveren.

Altrecht Eetstoornissen Rintveld

Wenshoek 4

3705 WE Zeist

Telefoon 030 – 696 54 77

E-mail rintveld@altrecht.nl

www.altrecht.nl/rintveld

www.facebook.com/altrecht

www.twitter.com/altrecht

 www.altrecht.nl