

Drang en informele dwang in de zorg

Hoofdstuk 3 uit het rapport Signalering Ethiek en Gezondheid 2003

dr. M.H.N. Schermer

Plein van de Verenigde Naties 21
2719 EG Zoetermeer
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 – 368 73 11
Fax 079 – 362 14 87
E-mail info@ceg.nl
URL www.ceg.nl

3.1 Inleiding

Een schizofrene patiënt krijgt zijn sigaretten pas als hij zijn medicatie heeft ingenomen. Of een arts dreigt een hartpatiënt niet verder te behandelen als deze blijft roken. Dat zijn voorbeelden van *drang*. Wettelijk of formeel is over drang niets vastgelegd.

Een demente patiënt in een verpleeghuis wordt in bed vastgebonden. In dat geval is er sprake van *dwang*. Dwang in de gezondheidszorg is wel wettelijk geregeld, volgens de Wet Bijzondere opnemings psychiatrie (BOPZ), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Infectieziektewet. Maar bij de demente patiënt thuis valt een handeling als vastbinden weer niet onder bestaande wet- of regelgeving. In dat geval spreken we van *informele dwang* (Berghmans, 1997).

Op diverse plaatsen en in diverse situaties binnen de gezondheidszorg worden vormen van drang en informele dwang toegepast, zonder dat daarvoor duidelijke richtlijnen en een heldere ethische legitimering bestaan. Deze vormen van ingrijpen roepen dan ook ethische vragen op. Op die vragen wordt in deze bijdrage ingegaan.

Eerst worden de begrippen drang en informele dwang nader onderzocht (paragraaf 3.2). Vervolgens worden de problemen met drang en informele dwang geïllustreerd aan de hand van drie praktijkvoorbeelden (paragraaf 3.3). Deze bijdrage wordt afgesloten met een overzicht van de ethische beoordelingskaders van waaruit de problematiek kan worden gezien (paragraaf 3.4) en met een lijst met punten voor de ethische beleidsagenda (paragraaf 3.5).

3.2 Begripsverheldering en terreinafbakening

Onder drang wordt hier een vorm van gedragsbeïnvloeding verstaan die tot doel heeft de patiënt of cliënt te bewegen tot het ondergaan van een behandeling, het meewerken aan een behandeling, of het nalaten van ongezond, ongewenst of gevaarlijk gedrag. Degene op wie drang wordt uitgeoefend, wordt daarbij onder meer of minder sterke druk gezet.

In navolging van het RVZ-advies 'Beter (z)onder dwang?' wordt hier uitgegaan van een continuüm van dwang en drang. Aan het andere uiterste van het continuüm waarop drang en dwang zich bevinden liggen mildere vormen van gedragsbeïnvloeding, zoals adviseren en overtuigen. Het onderscheid tussen dwang, drang en andere vormen van beïnvloeding ligt in de mate van keuzevrijheid die de patiënt of cliënt nog heeft. In de praktijk zullen dwang en drang echter niet altijd duidelijk

van elkaar te scheiden zijn, maar geleidelijk in elkaar over gaan. Het ligt mede aan de omstandigheden en de individuele kenmerken van de patiënt wanneer iets als dwang of als drang wordt ervaren (Berghmans, 1997).

Van *dwang* is sprake wanneer iemand tegen zijn wil wordt genoodzaakt iets te doen of te laten. Van vrijheid is dan geen sprake meer. Wanneer dit buiten wettelijke kaders gebeurt, is sprake van *informele dwang*. Van *drang* is sprake wanneer iemand zodanig wordt beïnvloed dat hij of zij minder keuzevrijheid heeft.

Drang kan verschillende vormen aannemen, die in verschillende mate de keuzevrijheid van de patiënt of cliënt beperkt. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen manipulatie van opties (in het vooruitzicht stellen van een ‘beloning’, dreigen met sancties), manipulatie van informatie (verdraaien of achterhouden van informatie, verkeerd of bewust eenzijdig informeren) en psychologische manipulatie (vleierij, inspelen op schuldgevoelens) (Faden and Beauchamp, 1986).

Er zijn twee belangrijke legitimeringsgronden te onderscheiden voor de beperking van keuzevrijheid door drang of formele of informele dwang. Ten eerste het belang van ‘derden’ of van de maatschappij. Dit belang kan heel direct zijn, zoals bij dreigend fysiek gevaar, of minder direct, zoals wanneer iemands gedrag de gemeenschap op kosten jaagt. De tweede legitimeringsgrond is het belang of welzijn van de persoon zélf. Hiervan is bijvoorbeeld sprake wanneer een psychiatrische patiënt suïcidaal is, of wanneer een demente patiënt telkens ’s nachts zwerfend op straat wordt aangetroffen. Het onderscheid tussen maatregelen ter bescherming van het eigen belang van de betrokkene en bescherming van andere belangen is soms echter moeilijk te maken. Soms gaan deze belangen ook samen.

In dit hoofdstuk gaat het primair om drang en informele dwang in het belang van de betrokkene zelf, dat wil zeggen: ‘om bestwil’.

3.3 Probleemverkenning: drie voorbeelden

Hoewel het uitgangspunt in dit hoofdstuk is dat drang en informele dwang in principe worden toegepast in het belang van de betrokkene, roept de toepassing toch allerlei morele vragen op. Er wordt immers inbreuk gemaakt op de vrijheid en zelfbeschikking van de patiënt of cliënt.

Toch kunnen drang en informele dwang wel degelijk moreel wenselijk zijn. Zo kan drang soms dwang voorkómen, of patiënten ertoe bewegen noodzakelijke zorg te accepteren. Drang en informele dwang vragen echter wel om verantwoording, om transparante ethische afwegingen en zorgvuldige toepassing. En die ontbreken nu vaak.

Een aantal ontwikkelingen in de zorgpraktijk, de medische ethiek en de samenleving maakt dit thema in toenemende mate actueel, en relevant voor de ethische agenda.

In de zorgpraktijk, met name binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), bestaat in toenemende mate belangstelling voor het thema drang. Hoewel ‘drang’ meestal in één adem wordt genoemd met dwang, ging het in het beleid tot nu toe voornamelijk over formele dwang.

Binnen de gezondheidsethiek is de discussie rondom drang, dwang en ‘bemoeienis’ nog niet afgerond. Twee ontwikkelingen zijn hier van belang. Ten eerste de opkomst van de ‘zorgethiek’, die een andere kijk heeft op drang en dwang dan de meer traditionele medische ethiek. Ten tweede een toenemende aandacht binnen de ethiek voor de ethische dilemma’s die zich voordoen in alledaagse zorgsituaties.

Ook de maatschappelijke opvattingen omtrent drangtoepassing zijn aan veranderingen onderhevig. In de jaren zeventig kwamen zelfontplooiing, vrijheid en individualisme hoog op de agenda te staan en werden vormen van drang en dwang met steeds meer wantrouwen gezien. De laatste jaren is er weer meer aandacht voor de negatieve effecten hiervan voor (sommige) mensen, getuige regelmatig terugkerende berichten in de media over ‘verkommerde en verloederde’ dak- en thuislozen en (ex-)psychiatrische patiënten (Beusekamp, 2002).

Tegelijkertijd is er ook een verharding van het maatschappelijk klimaat waar te nemen, waarbij sneller wordt gepleit voor drang- en dwangmaatregelen bij mensen die overlast veroorzaken. Te denken valt aan de terugkerende roep om gedwongen afkicken van drugsverslaafden, of om de recente roep om sneller en harder ingrijpen bij ‘probleemgezinnen’.

Er wordt dus door ethici, zorgverleners, patiënten en burgers nagedacht over drang en informele dwang. Maar hoe worden mensen in de praktijk van de zorg geconfronteerd met deze thema’s? Aan de hand van drie voorbeelden wordt hierna een beeld geschetst van situaties waarin drang en informele dwang ‘om bestwil’ voorkomen en wordt ingegaan op de (ethische) problemen die deze oproepen.

Voorbeeld 1: Dementerenden in de thuissituatie

Dwangtoepassing bij dementerenden neemt vaak de vorm aan van zogenoemde ‘middelen en maatregelen’. Hieronder vallen het fixeren van demente personen met behulp van een Zweedse band, gebruik van beddekken of werkbladen op de (rol)stoel, toedienen van medicijnen, vocht of voeding onder dwang, of afzonderen van de demente patiënt in een aparte ruimte. De veiligheid en gezondheid van dementerenden vormen hiervoor meestal het belangrijkste motief.

Middelen en maatregelen vallen onder de BOPZ voor zover ze worden toegepast op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis, of op een BOPZ-aangemerkte afdeling in een verzorgingshuis. Toepassing van dergelijke maatregelen in de thuissituatie, alsmede op niet-BOPZ aangemerkte afdelingen of instellingen, valt buiten de wet en betreft dus vormen van informele dwang.

Naar schatting 65% van de dementerenden in Nederland (113.750 mensen) verblijft niet in een instelling, maar woont thuis. Ook daar wordt uit veiligheidsoverwegingen wel overgegaan tot vrijheidsbeperking en dwang. Deze vormen van informele dwang worden niet geregistreerd; er is dan ook geen cijfermateriaal over bekend.

“Ik ken een voorbeeld van een dementerende vrouw die de neiging had om 's nachts, maar later ook overdag, buiten te gaan zoeken of boodschappen te gaan doen. In overleg met de familie die ver weg woonde, kreeg het thuiszorgteam een sleutel waarmee zij mevrouw in feite opsloten in haar eigen huis. Niemand was daar gelukkig mee, maar mevrouw had haar kinderen ooit laten beloven dat zij haar niet zouden laten opnemen in een tehuis, en nachtзорг was op dat moment niet voor handen. Desalniettemin is mevrouw ook eens in het (lege) bad aangetroffen na de nacht. Niemand wist dan hoe lang ze daar al zo had gezeten...”. (Medewerker Thuiszorg, CNV Publieke Zaaк)

“Niettemin vindt vrijheidsbeperking in de praktijk regelmatig plaats, omdat verpleeghuisopname niet altijd tijdig te realiseren is (of afgewezen wordt!) en er intussen zo goed mogelijk gewaakt moet worden over de veiligheid van de dementerende.” (De Keijzer en Hertogh, 1999, p. 167). Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg constateerde al in 1997 dat in deze sector dwang en drangtoepassing zonder wettelijke basis plaatsvinden. Momenteel lopen er wel twee onderzoeken naar dwang- en drangproblematiek in verzorgingshuizen (Algemene Rekenkamer) en in de extramurale setting (VWS/iBMG).

Zorg wordt in de thuissituatie veelal verleend door mantelzorgers, aangevuld met professionele zorg. Drang en informele dwang worden dan ook zowel door professionele verzorgenden als door mantelzorgers toegepast. Voorbeelden van dwang door mantelzorgers zijn het vastbinden van de demente persoon wanneer de verzorgende echtgenoot even boodschappen moet doen, of het geven van medicijnen door de vla of de pap als de patiënt ze niet wil innemen.

De situatie thuis kan ook ontsporen, met name als de mantelzorger overbelast raakt door gebrek aan ondersteuning vanuit de professionele zorg, of niet om kan gaan met de (symptomen van) dementie. De dementerende kan dan het slachtoffer worden van verbale en fysieke agressie door de mantelzorger (Bakker, 2001; Gezondheidsraad, 2002). In de Zorgnota 2003 wordt expliciet aandacht besteed aan de noodzaak van ondersteuning van mantelzorgers. Uit recent onderzoek blijkt dat hieraan ook behoefte bestaat (SCP, 2003).

Ten aanzien van informele dwang bestaan enkele aanzetten tot regulering. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2000 een rapport Criteria voor verantwoord handelen bij vrijheidsbeperkende interventies naar de Minister gestuurd, waarop echter nog geen officiële reactie is gevolgd. Het CBO heeft recent (2001) een richtlijn uitgegeven over het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg, speciaal voor verpleegkundigen en verzorgenden en speciaal gericht op die situaties die niet binnen een wettelijk kader vallen. Deze richtlijn neemt wel de wettelijke kaders van BOPZ, WGBO en BIG tot uitgangspunt bij het formuleren van aanwijzingen voor het handelen. Lokaal wordt in de thuiszorg ook wel gewerkt met protocollen, procedures of richtlijnen, maar een goed (landelijk) overzicht hiervan ontbreekt.

Conclusies

Er zijn momenteel onvoldoende gegevens over het voorkomen van drang en informele dwang bij dementerenden in de thuissituatie. Er zijn wel aanwijzingen dat drang en dwang hier worden toegepast, en het valt te verwachten dat dit in de toekomst toe zal nemen. Door de vergrijzing, door wachtlijsten en tekorten in de zorg,

en door het overheidsbeleid dat erop is gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, zal het aantal dementerenden thuis toenemen.

Sommige vormen van drang en dwang, bijvoorbeeld het plaatsen van bedhekken, kunnen wellicht bijdragen aan de veiligheid én het langer thuis blijven wonen van de dementerende. Juridische en ethische kaders voor dwang en drang zijn hier echter afwezig of onvoldoende duidelijk. Tenslotte zijn er aanwijzingen dat tekorten in de zorg (personeelsgebrek, wachtlijsten) leiden tot meer gebruik van drang en vrijheidsbeperkingen dan strikt gezien nodig zou zijn.

Voorbeeld 2: Bemoeizorg en voorwaardelijke hulpverlening

In de GGZ wordt de afgelopen jaren in toenemende mate gewerkt met zogenoemde ‘bemoeizorg’. Onder bemoeizorg wordt verstaan zorg waarbij de zorgverlener drang gebruikt om de patiënt of cliënt te bewegen tot het accepteren van zorg. Bemoeizorg heeft als doel iemand over te halen een bepaald zorgaanbod te accepteren en hem te motiveren tot blijvende zorgacceptatie. Bemoeizorg houdt in dat mensen actief tegemoet worden getreden en dat met een niet aflatende vasthoudendheid gepoogd wordt hen te bereiken en de benodigde zorg te realiseren.

Deze vorm van drang wordt vooral toegepast bij een groep mensen die wel bekend staat als ‘zorgwekkende zorgmijders’: mensen met complexe, multiële problematiek van zowel psychiatrische als sociale aard die moeilijk bereikt worden via de reguliere hulpverleningskanalen.

Ook in de OGGZ, de maatschappelijke opvang en andere sectoren wordt met vormen van bemoeizorg gewerkt. Hieronder vallen ook vormen van ‘voorwaardelijke hulpverlening’, waarbij een ‘als..., dan...’ constructie wordt toegepast.

Drang in het kader van bemoeizorg wordt bijvoorbeeld toegepast bij mensen met psychiatrische en ernstige sociale problematiek die door de vermaatschappelijking van de GGZ in reguliere woningen terecht zijn gekomen. Als bewoners veroorzaken deze mensen regelmatig overlast voor andere bewoners. Door overlast, vervuiling of verwaarlozing dreigen sommigen uit hun huis te worden gezet; er is dus sprake van een groep potentiële dak- en thuislozen. Deze mensen vragen meestal niet om hulp; ze zijn er zelfs vaak niet van gediend. Ter preventie van zowel de overlast als de zelfverwaarlozing en dreigende uithuiszetting, zijn daarom in vele steden en regio’s projecten opgezet die onder andere gebruik maken van bemoeizorg (Bransen, et al., 2002).

In Zuid Limburg is een aantal jaar geleden het meldpunt Moeilijk Plaatsbaren (MP) opgericht. Dit is een samenwerkingsverband tussen woningcorporaties, de gemeente, de politie en verschillende hulpverleningsinstellingen. Het MP wil op gecoördineerde wijze de problematiek van ‘moeilijk plaatsbare huurders’ aanpakken en enerzijds overlastsituaties verminderen en anderzijds cliënten naar de hulpverlening toe leiden. Na aanmelding onderzoekt een MP-medewerker de mogelijkheden voor hulpverlening en wonen, en schrijft een hulpverleningsadvies. Dit advies wordt omgezet in een begeleidingsplan. Moeilijke huurders kunnen op deze manier toch woonruimte krijgen/behouden, mits ze akkoord gaan met een huurcontract voorzien van een aanhangsel. Zo’n contract duurt één jaar, waarna het wordt geëvalueerd. Als de cliënt goed functioneert, kan hij de woning als reguliere huurder blijven bewonen en vervalt het aanhangsel. Indien nodig kan het voorwaardelijke contract worden verlengd. Het doel is uiteindelijk dat de cliënt weer zelfstandig kan wonen (Butz, et al., 2002).

De indruk bestaat dat er op diverse plaatsen wel aandacht wordt besteed aan de morele aspecten van bemoeizorg en voorwaardelijke hulpverlening, maar dat overzicht en coördinatie ontbreken.

Conclusie

Er is nog weinig overzicht over de omvang en aard van de toepassing van drang en bemoeizorg in de (O)GGZ. Zolang de grenzen van de WGBO en BOPZ niet worden overtreden, zijn drang en bemoeizorg juridisch toegestaan. In ethisch opzicht ligt dit minder duidelijk. Wanneer is de drang die gepaard gaat met bemoeizorg ethisch geboden om verwaarlozing en verloedering te voorkomen, en wanneer gaat deze zorg te ver? En wie bepaalt welke zorg er 'nodig' is?

Voorbeeld 3: De 'ongezonde' patiënt

Ook in de somatische zorg speelt de vraag hoeveel drang toelaatbaar dan wel gewenst is. Mag een longarts zijn patiënt onder druk zetten om te stoppen met roken, of móét hij dit wellicht zelfs doen, vanuit het oogpunt van goed hulpverlenerschap? En als de patiënt desondanks dóórrookt, is de arts dan moreel gerechtigd om verdere hulp (deels) te weigeren?

Bij drangtoepassing voor de bestwil van de patiënt kunnen verschillende doelen beoogd worden. Bijvoorbeeld de patiënt ertoe aanzetten de (in de ogen van de hulpverlener) juiste behandelkeuze te maken, de therapietrouw te vergroten of ongezonde leefgewoonten te veranderen. Wanneer het welzijn van de patiënt zelf het motief is tot drangtoepassing, is steeds de vraag wie bepaalt wat dat welzijn inhoudt. Moet een tachtigjarige per se ophouden met roken, als dat het enige is waar hij nog plezier aan beleeft? In een aantal gevallen speelt, behalve het welzijn van de patiënt zelf, ook de vraag of vergoeding uit collectieve middelen wel redelijk is wanneer de patiënt niet meewerkt aan behandeling.

Niet alle patiënten laten zich even gemakkelijk op grond van rationele argumenten overtuigen van de noodzaak van bepaalde gedragsveranderingen, of het maken van de 'juiste' keuze. Dit kan voor artsen aanleiding zijn hun toevlucht te nemen tot andere, meer 'dringende' manieren van overtuigen. Bijvoorbeeld door directiever op te treden, of door informatie bewust gekleurd weer te geven. Bij andere patiënten is het probleem dat zij zich wel voornemen om bijvoorbeeld te stoppen met roken, of zich aan leefregels te houden, maar dat het ze niet lukt dat ook echt te doen. Mag, of moet, een hulpverlener in zulke gevallen van 'wilszwakte' meer druk op de patiënt uitoefenen? Of zijn patiënten zelf verantwoordelijk voor hun zwaktes en heeft de hulpverlener zich daar niet mee te bemoeien?

Over toepassing van drang in de reguliere somatische zorg zijn geen cijfers bekend. Deels komt dit waarschijnlijk doordat drang een moeilijk te operationaliseren begrip is, deels ook omdat het ervaren wordt als behorende tot de normale beroepspraktijk. De grenzen tussen moreel geboden, moreel geoorloofde en moreel ongeoorloofde vormen van drang zijn niet duidelijk. Artsen verschillen hierover ook onderling van mening, en er zijn waarschijnlijk ook verschillen tussen opvattingen van artsen en patiënten. Uit een recente NIVEL-enquête bleek dat patiënten in veel grotere mate voorstander waren van ongevraagde leefstijladviezen dan artsen (Delnoij, et al., 2003).

De indruk bestaat dat artsen soms ook te weinig druk op

patiënten uit durven oefenen, omdat zij de autonomie van de patiënt niet willen aantasten. De angst om 'paternalistisch' te zijn lijkt in enkele gevallen te ver doorgeslagen.

In een recente tuchtrechtzaak werd een huisarts berispt, onder andere omdat hij bij zijn patiënte onvoldoende had aangedrongen op het ondergaan van een biopsie van een knobbelte in de borst. "De vrouw had angst en weerstand tegen een chirurgische ingreep. Die zou haar verminken en die cosmetische gevolgen heeft ze van meet af aan sterk benadrukt. Ze stond niet te trappelen om een operatie te ondergaan. Daarom heb ik geen druk op haar willen uitoefenen" zei de arts. Het tuchtcollege stelde daarentegen: "Zelfs wanneer de vrouw angst of weerstand tegen een mogelijke chirurgische ingreep had, had de arts haar moeten proberen te overtuigen van de noodzaak van een biopsie en haar op de risico's moeten wijzen". (Aarden, 2003)

Conclusie

Gezien de toenemende aandacht voor preventie en leefstijl en de toenemende kennis over de interactie tussen gezondheid en gedrag (zie bijvoorbeeld RVZ, 2002) zal de vraag naar legitimiteit van gedragsbeïnvloeding door middel van drang urgenter worden. Een gezondere levensstijl of betere therapietrouw kunnen wellicht bevorderd worden door drang. Het is echter niet duidelijk waar 'goed hulpverlenerschap' overgaat in ongewenste bemoeizucht en waar de grenzen van persoonlijke en professionele verantwoordelijkheid liggen.

3.4 Ethische beoordelingskaders

Aan de toepassing van drang is een aantal ethische problemen verbonden. Het belangrijkste, meest in het oog springende probleem, is dat het principe van respect voor autonomie hier botst met het beginsel van weldoen. Er bestaan in de gezondheidsethiek twee stromingen die hier ieder een eigen visie op hebben.

Liberale ethiek

In deze stroming binnen de ethiek – die niet samenvalt met liberale politiek - is respect voor autonomie van de patiënt of cliënt het uitgangspunt. Met autonomie wordt in de eerste plaats bedoeld: het recht om zelf te beschikken over het eigen leven, zelf beslissingen te nemen over behandeling, zorg en andere vormen van hulp. Autonomoos zijn betekent: het eigen leven volgens eigen opvattingen en inzichten kunnen leiden, zonder ongewenste inmenging van anderen. De eigen visie van de patiënt/cliënt op wat een goed leven is moet worden gerespecteerd.

Dwang

Dwang om bestwil is in dit perspectief paternalistisch, en alleen moreel gelegitimeerd wanneer de persoon in kwestie verminderd autonoom is, c.q. wanneer sprake is van wilsonbekwaamheid. Dit is soms, maar niet altijd, het geval in de zorg voor dementerenden, zorgwekkende zorgmijders, kinderen en mensen met een verstandelijke handicap. Ook in geval van wilsonbekwaamheid blijft dwang echter gebonden aan speciale voorwaarden, zoals subsidiariteit en proportionaliteit (Berghmans, 1992; 1997). Overigens is wilsonbekwaamheid een zeer complex en met vele problemen omgeven begrip, dat terecht een plaats heeft op de Agenda Ethiek en Gezondheid 2003 van het ministerie van VWS (Berghmans, 2000; TGG, 2002; ZonMw, 2002).

Drang

Drang kan ook in strijd zijn met respect voor autonomie, omdat het de vrijwilligheid van keuzes en gedrag kan aantasten. Het is niet duidelijk of voor drang dezelfde morele regels gelden als voor dwang. Kan een lichte aantasting van autonomie worden afgewogen tegen de te behalen ‘winst’ voor de patiënt? En mag bij verminderde wilsbekwaamheid eerder worden overgegaan tot drang, of moet juist alles in het werk worden gesteld om een zo vrij mogelijke keuze van de patiënt mogelijk te maken?

Eigen verantwoordelijkheid

Autonomie houdt echter niet alleen een recht op zelfbeschikking in, maar betekent ook: verantwoordelijkheid dragen voor zichzelf en voor de gevolgen van de eigen keuzes of handelingen (Struijs, 2000). Respect voor autonomie, zoals dat in de liberale benadering wordt benadrukt, betekent niet dat hulpverleners klakkeloos gehoor moeten geven aan elke wens of weigering van hun patiënt. Overleg, uitwisseling van opvattingen en overtuigen op basis van argumenten zijn vormen van gedragsbeïnvloeding die geen inbreuk maken op autonomie. Het is niet in strijd met respect voor autonomie om patiënten op hun eigen verantwoordelijkheden te wijzen of om hen met de gevolgen van hun eigen handelen te confronteren en daar consequenties aan te verbinden.

Zorgethische benadering

Een andere, relatief nieuwe benadering in de ethiek is de ‘zorgethiek’ (Manschot en Verkerk, 1994). Zorgethiek biedt een ander perspectief op ethische kwesties. Of dit perspectief complementair is aan de meer traditionele gezondheidsethiek, of daarvoor een alternatief vormt, is nog onderwerp van discussie.

Relationeel perspectief

De zorgethiek legt veel nadruk op de relationele aspecten van zorg. Zorg wordt gezien als een proces waarin aandacht voor de behoeften van de patiënt/cliënt, verantwoordelijkheid, deskundigheid en responsiviteit van belang zijn. Respect voor autonomie heeft in deze benadering ook een plaats, maar wordt anders ingevuld (Verkerk, 2001a). Autonomie wordt vooral begrepen als de vermogens waarmee en het proces waarin men zichzelf en het eigen leven vormgeeft. Benadrukt wordt dat dit altijd in relatie met en tot anderen plaatsvindt. Respect voor autonomie betekent in dit perspectief dat zorg moet aansluiten bij de werkelijke behoeften van de patiënt/cliënt, ook al is die zelf niet altijd in staat om deze goed te verwoorden.

Drang en dwang

Vanuit het zorgethisch perspectief komen drang en dwang als potentieel onderdeel van goede zorg naar voren (Verkerk, 2001b). Drang in de vorm van bemoeizorg kan bijvoorbeeld helpen om dwangopname of -behandeling te voorkomen. Dwang en drang kunnen in sommige omstandigheden bijdragen aan het herstellen of vergroten van de autonomie van de patiënt of cliënt. Zij kunnen de patiënt helpen greep op het leven te krijgen of te houden en bijdragen aan diens mogelijkheden het eigen leven op eigen wijze in te richten.

3.5 Implicaties voor de ethische beleidsagenda

Uit het voorgaande volgen enkele aandachtspunten voor het beleid:

1. Er is te weinig kennis over het voorkomen van drang en informele dwang in verschillende sectoren, over de situaties en vormen waarin drang- en dwang-

handelingen voorkomen, de frequentie waarmee zij worden toegepast, en de effecten ervan. Ook over de ethische beoordeling bestaat nog onduidelijkheid. Bovendien lijkt men in verschillende sectoren verschillend te denken over de toelaatbaarheid van drang en dwang. Het is daarom van groot belang dat meer onderzoek naar en meer ethische reflectie op deze aspecten wordt verricht.

2. Tekorten in de zorg, zowel kwantitatief als kwalitatief, kunnen leiden tot onnodige toepassingen van drang of informele dwang. Wanneer drang of dwang voortkomen uit een tekortschietende zorgvoorziening is dat uiteraard zeer problematisch en moreel onaanvaardbaar. In verband met preventie van drang en dwangtoepassing is dit een belangrijk aandachtspunt.
3. Onduidelijkheden en onzekerheden rondom drang en informele dwang die ontstaan doordat de wetgeving slecht aansluit op de zorgpraktijk, moeten worden aangepakt. Dit geldt vooral voor de situatie van dementerenden thuis. Bezien moet worden of situaties die niet onder de bestaande wetgeving vallen beoordeeld kunnen worden naar analogie van situaties die daar wél onder vallen, of dat aparte kaders nodig zijn. De uitkomsten van de laatste BOPZ-evaluatie wijzen ook in die richting.
4. Het lijkt in het algemeen onwenselijk om drang te juridiseren. Wel is aandacht voor dit onderwerp in opleidingen, attitudevorming en discussie binnen de beroepsgroepen gewenst. In sectoren waar drang en informele dwang veel voorkomen zijn richtlijnen voor het handelen nodig, niet alleen voor artsen, maar juist ook voor andere hulpverleners die met deze problematiek te maken hebben. Bij verplegenden en verzorgenden lijkt er bijvoorbeeld behoefte aan te bestaan meer aandacht te kunnen besteden aan ethische vragen die ze in de dagelijkse zorg tegenkomen (Bloemhoff, 2002; www.zorgethiek.nl).
5. Bij het opstellen van richtlijnen moet voorkomen worden dat de aandacht uitsluitend uitgaat naar de procedurele aspecten van besluitvorming over drang- en dwangtoepassing. Er dient ook aandacht te zijn voor de (morele) kwaliteit van de toegepaste drang, het voorkomen van dwang en drang en het bevorderen van morele reflectie door zorgverleners zelf (Berghmans, et al., 2001).
6. Het gebruik van drang binnen individuele behandelrelaties, met als doel het bevorderen van therapietrouw of gezonder gedrag, roept de morele vraag op hoe ver drang 'om bestwil' mag of moet gaan. Gezien de toenemende aandacht vanuit het overheidsbeleid voor het bevorderen van gezond gedrag, is deze vraag actueel. Het is daarom van belang dat zowel de overheid, als beroepsgroepen en patiëntenorganisaties hierover een standpunt bepalen.

Literatuur

- Aarden, M. Tuchtcollege: knobbeltje. De Volkskrant, 8 maart 2003.
- Berghmans, R.L.P. Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie. Amsterdam: Thesis Publishers, 1992.
- Berghmans, R., D. Elfahmi, M. Goldsteen en G. Widdershoven. Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie. Eindrapport. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
- Berghmans, R.L.P. Beter (z)onder dwang? Achtergrondnota. Zoetermeer: RVZ, 1997.
- Berghmans, R.L.P. Bekwaam genoeg? Wils(on)bekwaamheid in geneeskunde, gezondheidsrecht en gezondheidsethiek. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Bioethiek, 2000.
- Beusekamp, W. 'Nog een deken, of een boterham?'. De Volkskrant, 14 december 2002.
- Bloemhoff, A. Durf jij pillen te verdelen? Ethische dilemma's op de werkvloer. TvV, 2002, no. 6, p. 20-23.
- Bransen, E., L. Hulsbosch en J. Wolf. Samenwerkingsprojecten Openbare Geestelijke Gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen. Utrecht: Trimbos instituut, 2002.
- Butz, B., R. Berghmans en G. Widdershoven. Huurcontract tussen dwang en drang. Passage, 11, 2002, no. 4, p. 240-248.
- CBO. Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg: een richtlijn voor verplegenden en verzorgenden in een multidisciplinaire omgeving. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2001.
- Delnoij, D.M.J., A.P.N. van Rooijen, L. Wigersma en P.P. Groenewegen. Botsingen in de spreekkamer. Medisch Contact 58, 2003, no. 11, p. 419-422.
- Faden, R.R. and T.L. Beauchamp. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press, 1986.
- Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.
- Keijzer, J. de en C. Hertogh. Oost West, Thuis Best? Morele problemen in de thuiszorg. In: J.J.M. van Delden, C.M.P.H. Hertogh en H.A.M. Manschot. Morele problemen in de ouderenzorg. Assen: Van Gorcum, 1999, p. 155-172.
- Manschot, H. en M. Verkerk. Ethiek van de zorg. Een discussie. Amsterdam/-Meppel: Boom, 1994.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2003. Den Haag: SDU Uitgevers, 2002.

Bakker, H. Met de mantel der liefde. Als mantelzorg aan ouderen ontspoot. Utrecht: NIZW, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Beter (z)onder dwang? Zoetermeer: RVZ, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid en gedrag. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Mantelzorg. Den Haag: SCP, 2003.

Struijs, A. Burgerschap en eigen verantwoordelijkheid. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, themanummer Wilsbekwaamheid bij ouderen, nr.5, 2002.

Verkerk, M.A. The care perspective and autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy* 4, 2001a, no. 3, p. 289-294.

Verkerk, M.A. Over drang als goed zorgen: een zorgethische benadering. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* 11, 2001b, no. 4, p. 101-106.

ZonMw. Evaluatie Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen. Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie. Den Haag: ZonMw, 2002.