

### TE WEINIG DUIDELIJKHEID IN ÉN OVER DE WGBO

# Gedwongen opname: wie bepaalt wat?

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst biedt huisartsen te weinig houvast als bepaald is dat iemand wilsonbekwaam is en behandeling alleen met dwang kan plaatsvinden. Psychiater Dorotee Neumann en huisarts Joop Dopper pleiten voor aanpassingen.

**B**ij toepassing van dwang op basis van de WGBO kan een behandelaar op flinke problemen stuiten. Vaststelling van de wilsbekwaamheid van een patiënt is daar één van. Aan de hand van twee casussen laten wij zien dat de wet te onduidelijk is en bovendien te onbekend bij veel betrokken professionals.

#### Casus 1

Een 45-jarige man werd gezien in de waarneming, aanvankelijk thuis, waar het vies en verwaarloosd was. De waarnemer dacht aan griep en aan hyperventilatie. Later werd de man door een andere waarnemer gezien; de patiënt ijlde, was in de war, liet de ontlasting lopen, was obstinaat en liet zich niet onderzoeken. Deze waarnemer wilde hem laten opnemen voor nadere analyse, maar de patiënt weigerde. Daarop werd de psychiater in consult geroepen. Die oordeelde dat de patiënt wilsbekwaam was en vond geen reden voor opname in de psychiatrie. Hij opperde dat de huisarts misschien dwang kon uitoefenen in het kader van de WGBO.

De eigen huisarts informeerde bij de juridische afdeling van de KNMG en kreeg te horen dat als een patiënt wilsbekwaam is en behandeling weigert, de huisarts geen dwangmiddelen heeft.

Twee dagen later stemde de patiënt uiteindelijk in met onderzoek door de eigen huisarts. Deze stelde een pneumonie en een decompensatio cordis vast en vond een acute opname aangewe-

zen gezien zijn slechte toestand. Dat wilde de patiënt wederom niet, bang dat zijn familie in zijn huis en papieren ging snuffelen. Uiteindelijk schreef de huisarts medicatie voor en berustte in de situatie dat de patiënt niet opgenomen wilde worden, ondanks zijn twijfels aan de wilsbekwaamheid van de patiënt. Twee dagen later werd de patiënt, in het weekend, thuis dood gevonden.

#### Casus 2

Tijdens een avonddienst kwam er bij de huisartsenpost een melding door de partner van een verwarde man van 60 jaar. Deze partner was bang omdat de man mensen zag die er niet waren en agressief was. Uit de heteroanamnese bleek dat de patiënt niet bekend was met alcohol- of drugsgebruik noch met psychiatrische klachten of hulpverlening. Bij binnenkomst werd een grote man gezien die sterk oogde, schuchter groette en vroeg wie de hulpverleners waren en wat zij van plan waren. Hij was erg achterdochtig. Hij had het zichtbaar warm en had een wond aan zijn been. Tijdens het gesprek leek het steeds of iemand anders hem riep. Hij keek dan opeens omhoog en pakte een glazen asbak en hield die stevig in zijn hand. Dit kwam dreigend over op de hulpverleners.

Lichamelijk onderzoek wilde de patiënt niet. De dokter moest op afstand blijven en zelfs een temperatuurmeting of een hand als begroeting liet hij niet toe. Het leek gerechtvaardigd hem op basis van de WGBO gedwongen op te nemen, aangezien hij niet in staat leek zijn belangen goed in te schatten.

Dat verliep niet soepel. De eerste stap was het informeren van de ambulance en de politie. Bij telefonisch contact met de politie werd direct gevraagd of er al een inbewaringstelling (ibs) was en of de ggz al een beoordeling had gedaan. Dezelfde reactie kwam van de ambulancedienst. Er moest veel heen en weer getelefoneerd worden om uitleg te geven.

Na enige tijd gaf de ambulance aan dat ze dan wel wilden komen, maar dat de huisarts eerst zelf voor politie moest zorgen. De politie bleef zich verzetten tegen het verlenen van bijstand. Uiteindelijk werd, op advies van de acute dienst van de ggz, de wachtcommandant van de politie ingeschakeld. Deze was op de hoogte van de WGBO en stemde na uitvoerige uitleg in.

## De wet

Bovenstaande casussen illustreren het probleem waarop de huisarts kan stuiten wanneer hij dwingend wil handelen op basis van de WGBO. Had de huisarts uit casus 1 op grond van de WGBO kunnen ingrijpen? Had hij zijn eigen twijfels over de wilsbekwaamheid de doorslag mogen laten geven en de patiënt gedwongen op mogen laten nemen? Ja, daar had hij het oordeel van de psychiater niet voor nodig gehad. Maar dat was de huisarts niet bekend. De wet is hier namelijk (te) summier en onduidelijk over. En hoe dwingend mocht de arts uit casus 2 handelen?

Ook dat valt niet gemakkelijk uit de wettekst te destilleren. De WGBO, een onderdeel van het Burgerlijk Wetboek (BW) (artikelen 7: 446 tot en met 7: 468) trad in 1995 in werking en biedt een dwingend kader voor de overeenkomst met betrekking tot de geneeskundige behandeling van een patiënt. In 2000 is de wet geëvalueerd en werd geconcludeerd dat deze geen aanpassing behoeft, maar dat er op onderdelen wel wat schortte aan de goede implementatie in de praktijk. Wat ons betreft behoeft de wet als het gaat om uitoefening van dwang echter wel degelijk verbetering.

In de wet staat dat van de wil van de patiënt kan worden afgeweken 'in bepaalde omstandigheden'.



## De kern is of iemand een weloverwogen afweging kan maken

### Wils(on)bekwaam

Opmerkelijk is overigens dat in de wet niet gesproken wordt over wils(on)bekwaamheid, terwijl dit begrip het meest gebruikte criterium is om al dan niet tot dwangbehandeling over te gaan. In de WGBO (artikel 7: 450, eerste lid, van het BW) staat: 'Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist.' In datzelfde artikel, derde lid, staat: 'In het geval waarin een patiënt van zestien jaren of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, worden door de hulpverlener en een persoon (...) de kenmerkende opvattingen van de patiënt, geuit in schriftelijke vorm toen deze tot bedoelde redelijke waardering nog in staat was en inhoudende een weigering van toestemming (...), opgevolgd. De hulpverlener kan hiervan afwijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht.' Als we ervan uitgaan dat deze formulering overeenkomt met het begrip wilsonbekwaamheid, dan betekent dat dat de hulpverlener en een vertegenwoordiger van de patiënt zich moeten houden aan wat met deze vertegenwoordiger is vastgelegd over weigering van de behandeling. De hulpverlener kan hiervan echter afwijken als hij daartoe gegronde redenen denkt te hebben. Hij moet hierbij de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen voortvloeiende uit de geldende professionele standaard (artikel 7: 453 van het BW).

Deze omschrijving is echter te summier en te onduidelijk. Het zou om te beginnen beter zijn de term wilsbekwaamheid wél in de wet te hanteren, met daarbij de hiervoor geldende criteria, te weten die van Grisso en Appelbaum. Volgens die normen moet gebleken zijn dat de patiënt beschikt over:

- het vermogen om een keuze te maken tussen twee (behandel)mogelijkheden en deze keuze te uiten;
- het vermogen om de verstrekte informatie feitelijk te begrijpen;
- het vermogen om de aard van de situatie in te schatten (beseffen en waarderen eigen situatie);
- het vermogen om de situatie rationeel af te wegen (logisch redeneren).

Voor het vaststellen van de wilsbekwaamheid wordt aangeraden systematisch te werk te gaan, dat wil zeggen tijd en ruimte te nemen om het bovenstaande te toetsen. De kern is of iemand een logische, weloverwogen en consistente afweging kan maken over een medische beslissing. Het gaat dus niet over de inhoud van de beslissing, maar over het denkproces: begrijpt de patiënt de inhoud en aanleiding van het behandelvoorstel, kan hij de gevolgen overzien van zijn beslissingen.

Als je iemand tegen zijn zin wilt opnemen gelden ook de volgende juridische zorgvuldigheidscriteria als onderdeel van een verantwoorde afweging: proportionaliteit (staat het middel in verhouding tot het doel?), subsidiariteit (is het de minst ingrijpende maatregel?) en doelmatigheid (wordt het beoogde doel bereikt?).

Het in een vroeg stadium betrekken van een wettelijk vertegenwoordiger of familie kan zinvol zijn om de achtergrond van de beslissing van de patiënt beter te begrijpen en tot consensus te komen. Ook al is de situatie hectisch en complex, het blijft belangrijk om voldoende tijd te nemen.

### Gelegitimeerd

Behalve dat het begrip wils(on)bekwaamheid niet letterlijk wordt genoemd, maakt ook de term 'hulpverlener' niet direct duidelijk dat de huisarts hieronder valt. Op basis van de summier omschrijving in de wet zou een huisarts dus kunnen besluiten, als daar een medisch dwingende noodzaak toe is en de patiënt niet in staat wordt geacht 'tot een redelijke waardering van zijn/haar belangen ter zake', tot een opname onder dwang. Maar omdat de beschrijving in de wet te weinig expliciet is, zijn huisartsen in de praktijk onzeker of zij hiertoe gelegitimeerd zijn.

Verder staat er in de wet dat van de wil van de patiënt kan worden afgeweken 'in bepaalde omstandigheden'. Beter was het om 'deze omstandigheden' te koppelen aan het begrip wils(on)bekwaamheid en om 'van de wil van de patiënt afwijken' duidelijker te omschrijven als 'tot dwang overgaan'. Tot slot valt nergens duidelijk te lezen of in die situatie ambulance, politie en ziekenhuispersoneel de huisarts moeten volgen in zijn besluiten en diens opdrachten moeten uitvoeren.

## PRAKTIJKPERIKEL

### WERKPLEZIER VERPEST

**V**ol goede moed meld ik mij, als coassistent, zondagochtend 8 uur op de huisartsenpost. De eerste vraag die mij wordt gesteld is of mijn begeleidende huisarts mij wel heeft aangemeld en ik de geheimhoudingsverklaring getekend heb. Een nieuwe regel die op de voorafgaande vrijdagavond gemaild is. Als de huisarts na enkele minuten arriveert, belt de assistente naar de teamleider om mij alsnog aan te melden. Tijdens dit telefoontje meldt een andere huisarts zich ook en kondigt nog een coassistent aan. Hierop meldt de teamleider dat er maar één coassistent per dag mag meelopen. Nog een nieuwe regel, deze is helemaal niet gecommuniceerd. Een van de coassistenten moet dus van de teamleider naar huis. De twee huisartsen weigeren om akkoord te gaan met deze onzinnige regel. Ondertussen wordt de rij voor de balie steeds langer. Uiteindelijk mogen we allebei toch blijven, op voorwaarde dat de wachttijden door ons niet langer worden. Helaas komen er steeds meer (zinloze) regels in de zorg en het is wel heel jammer dat dit het werkplezier verpest.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Om een eind te maken aan onzekerheid en misverstanden is het aan te bevelen om in de eerste plaats in de wetgeving de bevoegdheden duidelijk te omschrijven: wie beoordeelt de wils(on)bekwaamheid, wie mag beslissen tot dwangbehandeling en wie dienen daarbij bijstand te verlenen. Vervolgens is het essentieel dat de WGBO veel meer bekendheid krijgt bij alle betrokkenen: artsen, politie, ziekenhuis en ambulancepersoneel. ■

#### contact

[dopper@dopperhuisarts.nl](mailto:dopper@dopperhuisarts.nl)

cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

#### web

Meer artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).