

# WERKGROEP ETHIEK IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG BROEDERS VAN LIEFDE

Ethisch advies

## Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg

Maart 2003

### Voorwoord

Eén van de kernproblemen in de geestelijke gezondheidszorg is het omgaan met vrijheid en dwang: hoe kunnen de zorgverleners zoveel mogelijk de vrijheid van de cliënt respecteren en wanneer is het verantwoord die vrijheid te beperken of dwang uit te oefenen? De zorgverlening bevindt zich immers in een spanningsveld tussen het respect voor vrijheid en de beperking van vrijheid. De “werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg” bij de Broeders van Liefde wil de zorgverleners uitnodigen zich aan de hand van deze nota kritisch te bevragen hoe ze met dit spanningsveld omgaan. Dit denkkader is ons inziens in overeenstemming met de Belgische wetgeving en de Europese richtlijnen.<sup>(1)</sup>

### Samenvatting

De werkgroep ethiek kiest ervoor vrijheid en dwang niet louter individueel te benaderen vanuit het standpunt van de zorgverleners of vanuit het standpunt van de cliënt, maar relationeel te benaderen vanuit de samenwerking tussen beiden. Van daaruit stelt de werkgroep het overleg voor als algemeen model voor het maken van keuzes in de zorg.

Het algemeen model drukt een ideaal uit. De meest wenselijke manier om tot keuzes in de zorg te komen is door overleg tussen zorgverleners en cliënt, en in de mate van het mogelijke en het wenselijke, ook de familie. Dit overleg is de meest geschikte vorm om tot toestemming te komen in de geestelijke gezondheidszorg. De zorgverleners en de cliënt en/of familie informeren elkaar wederzijds en motiveren elkaar om een overwogen keuze te maken. Ze streven naar overeenstemming of consensus en komen door overleg tot toestemming.

Daarbij bevragen de zorgverleners zichzelf voortdurend op een kritische wijze. Wat zijn we aan het doen? Waarom doen we wat we doen?

In bijzondere situaties zijn er echter grenzen aan dit overleg. Deze hebben te maken met de doorslaggevende rol die één van beide partners in het overleg speelt. In sommige situaties is vrijheidsbeperking of dwang aangewezen en beslissen de zorgverleners. Daarbij kunnen ze zichzelf bevragen aan de hand van twee criteria, namelijk de ernstige schade die zonder vrijheidsbeperking zou aangericht worden aan de gezondheid, de integriteit of het leef- en zorgklimaat, en de proportionele verhouding tussen de graad van vrijheidsbeperking en de ernst van de schade.

In andere situaties is een uitdrukkelijke toestemming noodzakelijk, namelijk wanneer ingrepen experimenteel zijn, ernstige risico's inhouden, levensgevaarlijk zijn of belangrijke onomkeerbare gevolgen hebben. Dan is een geïnformeerde toestemming van de cliënt zelf of van zijn of haar zelfbenoemde of feitelijke vertegenwoordiger nodig. Hiertoe moeten de zorgverleners de graad van wilsbekwaamheid van de cliënt voor een bepaalde keuze inschatten. Ze kunnen twee criteria hanteren, namelijk het begripsvermogen en het oordeelsvermogen van de cliënt.

## Inleiding

### a. Keuzevrijheid, wilsbekwaamheid, vrijheidsbeperking en dwang

*Autonomie als centrale waarde*

In onze maatschappij is er een sterke tendens om de waarde van de autonomie en het zelfbeschikkingsrecht centraal te stellen. Daardoor beschouwen velen vrijheidsbeperking en dwang als negatief en dus als zoveel mogelijk te vermijden. De werkgroep ethiek wil deze zienswijze nuanceren. Vrijheidsbeperking en dwang zijn in onze visie niet altijd negatief, maar kunnen soms een noodzakelijk middel zijn om de autonomie van de cliënt te bevorderen.

*Keuzevrijheid en wilsbekwaamheid, vrijheidsbeperking en dwang*

We maken immers een onderscheid tussen twee aspecten van autonomie, namelijk keuzevrijheid en wilsbekwaamheid. Keuzevrijheid is de uiterlijke toestand waarin iemand kan kiezen tussen verschillende mogelijkheden.<sup>(2)</sup> Wilsbekwaamheid is het innerlijk vermogen of de bekwaamheid van de persoon om zelf keuzes te maken.<sup>(3)</sup> Onder vrijheidsbeperking verstaan we alle vormen van beperking van de keuzevrijheid van de cliënt.<sup>(4)</sup> Dwang is een bijzondere vorm van vrijheidsbeperking, met name tegen de wil van de cliënt.<sup>(5)</sup>

*Planmatig of subtiel, structureel of situationeel*

Vrijheidsbeperking kan een expliciete of planmatige handeling zijn, maar ze kan ook impliciet of subtiel aanwezig zijn in de manier waarop zorgverleners zich verhouden tot en communiceren met cliënten. Vrijheidsbeperking heeft immers niet alleen te maken met gedragingen of handelingen van zorgverleners, maar ook met hun attitudes of grondhoudingen tegenover cliënten. Vrijheidsbeperking kan structureel gegeven zijn in de organisatie van de voorziening of de dienst, maar kan ook situationeel zijn naar aanleiding van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid. Vrijheidsbeperking is echter nooit allesomvattend omdat beperking van vrijheid op één of meer levensterreinen of activiteiten de mogelijkheid inhoudt dat de cliënt keuzevrijheid behoudt op andere levensterreinen of activiteiten.

*Paradox van de GGZ*

Welnu vrijheidsbeperking kan het meest aangewezen middel zijn om de autonomie in de zin van wilsbekwaamheid van de cliënt te bevorderen. Dit leidt tot de paradox van de geestelijke gezondheidszorg: omwille van de beperkte wilsbekwaamheid van een cliënt, zijn zorgverleners soms genoodzaakt de keuzevrijheid van die cliënt te beperken, om uiteindelijk de wilsbekwaamheid opnieuw te kunnen bevorderen.

### b. Benaderingen van de begeleidingsrelatie

*Drie benaderingen*

Het omgaan met vrijheid en dwang is afhankelijk van onze benadering van de begeleidingsrelatie. We kunnen drie benaderingen onderscheiden naargelang we de nadruk leggen op de zorgverleners, op de cliënten<sup>(6)</sup>, of op de relatie tussen zorgverleners en cliënt en/of familie<sup>(7)</sup>.

#### 1. Benadering vanuit de zorgverleners

*Deskundigheid en betrokkenheid*

Een eerste benadering is de meest traditionele en legt de nadruk op de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverleners. In deze visie is de professionele deskundigheid van de zorgverleners, samen met hun menselijke betrokkenheid, de basis van goede zorg.

*Gevaar voor paternalisme*

Een overbeklemtonen van de verantwoordelijkheid van de zorgverleners kan echter leiden tot bevoogding of paternalisme. Dit betekent dat bij cliënten die het vermogen hebben om keuzes mee te bepalen, de

zorgverleners handelen vanuit hun eigen opvatting over goede zorg om bestwil van die cliënten, zonder hun enige inspraak te geven.

## **2. Benadering vanuit de cliënt**

*Zelfbeschikkingsrecht*

Als reactie op het gevaar voor paternalisme, legt een tweede benadering de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van cliënten. Cliënten hebben zelfbeschikkingsrecht. Ze moeten hun leven kunnen inrichten zoals zij dat willen en zelf keuzes kunnen maken in de zorg. Deze visie overheerst momenteel in de ontwikkeling van de gezondheidszorg en de wetgeving.

*Nood aan begeleiding*

In de praktijk beschikken cliënten vanuit hun psychiatrische problematiek niet altijd over voldoende vermogen om keuzes te maken. Ze hebben vaak nood aan begeleiding om meer zelfstandig te worden en overwogen keuzes te maken. Bovendien mogen zorgverleners niet herleid worden tot uitvoerders van de wensen van cliënten.

## **3. Benadering vanuit de samenwerking tussen zorgverleners en cliënt en/of familie**

*Ontmoeting tussen zorgverleners, cliënten en familie*

Beide benaderingen bevatten positieve en negatieve elementen. Beide leggen de nadruk op individuen, namelijk de zorgverleners of de cliënten als op zichzelf staande wezens. Wij zien mensen echter niet alleen als individuen, maar ook als personen die ten volle mens worden in relatie tot anderen. Bijgevolg staan niet de individuen centraal, cliënten of zorgverleners, maar wel de ontmoeting tussen de personen: zorgverleners én cliënten en hun familie of omgeving. Evenmin gaat het om de individuele verantwoordelijkheid van cliënten of zorgverleners, maar om de gedeelde en gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverleners, cliënten en hun familie.

*Overleg als algemeen model voor keuzes in de zorg*

Vanuit deze benadering van de begeleidingsrelatie stellen wij het overleg tussen cliënten en zorgverleners voor als het algemene model voor het maken van keuzes in de zorg. In de mate van het wenselijke en het mogelijke worden ook de familie en de omgeving van de cliënt in dit overleg betrokken. In dit overleg proberen de zorgverleners zoveel mogelijk professioneel te werken en rekening te houden met het zelfbeschikkingsrecht van de cliënten. Dit impliceert dat ze zichzelf voortdurend bevragen over wat ze doen en hoe ze omgaan met vrijheid en dwang bij cliënten.

## **1. Algemeen model: overleg en zelfbevraging**

*Overleg als ideaal model*

Het algemeen model drukt een ideaal uit. De meest wenselijke manier om tot keuzes in de zorg te komen is het overleg tussen zorgverleners en cliënten en/of familie, waarbij de zorgverleners zichzelf voortdurend bevragen. Ze streven naar overeenstemming of consensus en komen door dit overleg tot toestemming. Wanneer vanuit dit model vrijheidsbeperking of dwang aangewezen is of een uitdrukkelijke toestemming noodzakelijk is, komt aan bod in het tweede deel over de bijzondere situaties.

### **a. Overleg tussen zorgverleners, cliënt en/of familie**

*Belang van cliënt en familie*

Het eerste element van het algemeen model voor het maken van keuzes in de zorg is het overleg tussen zorgverleners en cliënt. Omdat familie en

omgeving behoren tot het natuurlijk leefmilieu en het sociaal netwerk van de cliënt, is het belangrijk dat ook zij betrokken worden in het overleg. Heel wat keuzes in de zorg winnen aan kwaliteit en effectiviteit als de familie ze mee ondersteunt. Wanneer de zorgverleners de familie willen betrekken in het overleg of wanneer familieleden zelf vragen in het overleg betrokken te worden, bespreken de zorgverleners dit bij voorkeur eerst met de cliënt. Hij of zij wordt zoveel als kan gehoord. Hetzelfde geldt bij het betrekken van andere personen in het overleg.

*Verbale en non-verbale communicatie*

Het overleg tussen zorgverleners, cliënt en/of familie situeert zich altijd in een ontmoeting. In deze ontmoeting gaat het niet alleen om de inhoud van het overleg, maar ook over de manier waarop mensen zich tot elkaar verhouden en met elkaar communiceren. Communicatie is niet alleen verbaal en inhoudelijk, maar ook non-verbaal en relationeel. Onze houding en aandacht zijn reeds een vorm van communicatie.

*De organisatie als context*

Dit overleg heeft steeds plaats in de context van de organisatie. Het is heel belangrijk dat er een cultuur van de dialoog kan groeien op een afdeling en dat de voorziening daartoe de nodige ondersteunende voorwaarden schept.

*Wederkerigheid*

Het overleg bestaat uit verschillende elementen, namelijk informeren, motiveren en evalueren. Belangrijk is dat er bij dit informeren, motiveren en evalueren telkens een tweerichtingsverkeer is tussen alle betrokken partners.

## **1. Informeren**

### **a. De cliënt en/of familie informeren de zorgverleners over het levensverhaal en de wensen**

*Informeren van zorgverleners*

De cliënt is expert over zijn of haar eigen levenssituatie. Veelal is de familie dit ook. Daarom lichten de cliënt en/of familie de zorgverleners voldoende in over zijn of haar levensverhaal, actuele wensen en toekomstverwachtingen. Indien ze dit niet spontaan doen, nodigen de zorgverleners hen uit die informatie te geven.

### **b. De zorgverleners informeren de cliënt en/of familie over de keuzemogelijkheden in de zorg**

*Informeren van cliënt*

De zorgverleners bieden professionele deskundigheid in verband met goede zorg, behandeling of ondersteuning. Daarom informeren ze de cliënt en/of familie over de verschillende keuzemogelijkheden. Ze geven op een zo objectief mogelijke en voor de cliënt en/of familie begrijpelijke wijze informatie over de verschillende mogelijkheden, hun doel en aard, voor- en nadelen, gevolgen en risico's.

## **2. Motiveren**

### **a. De zorgverleners, cliënt en/of familie motiveren de keuze**

*Motiveren van de keuze*

Aan de hand van deze wederzijdse informatie proberen zorgverleners, cliënt en/of familie te komen tot een overwogen keuze. Ze luisteren naar mekaars opvattingen en argumenten, gevoelens en emoties. Ze houden rekening met mekaars opmerkingen en verlangens. Ze bevragen zichzelf en elkaar op een kritische wijze. Ze wegen af wat er in die keuze waardevol is en wat niet, en proberen dit te motiveren. Samen proberen ze

tot een consensus of overeenstemming te komen. Ook al kan dit motiveringsproces heel wat tijd vragen, het behoort tot de essentie van de begeleiding, zorg of behandeling en het vergroot de kans dat de keuze werkelijk door zorgverleners, cliënt en/of familie samen wordt uitgevoerd.

#### **b. De zorgverleners motiveren de cliënt en/of familie**

*Motiveren van cliënt en/of familie*

Het is belangrijk dat de zorgverleners de cliënt en/of familie motiveren voor een bepaalde keuze. De motieven van de zorgverleners moeten echter gericht zijn op de goede zorg, behandeling of begeleiding van de cliënt, zoals bijvoorbeeld: "We weten uit ervaring dat cliënten die deze medicatie nemen, meestal minder last hebben van het horen van stemmen." Als de zorgverleners aan de cliënt geen echte keuzevrijheid bieden of dreigen met sancties of vrijheidsbeperking, wordt het motiveren een manipuleren, bijvoorbeeld: "Als je die medicatie niet neemt, mag je niet op weekend."

#### **c. De cliënt en/of familie motiveren de zorgverleners**

*Motiveren van zorgverleners*

Bij het wederzijds motiveren van de keuze is het evenzeer belangrijk dat de cliënt en/of familie hun motieven kenbaar maken, ook al kunnen deze onderling verschillen. Op hun beurt kunnen zij de zorgverleners motiveren om met hun wensen en verlangens rekening te houden. De zorgverleners proberen de motieven zo goed mogelijk te begrijpen.

### **3. Evalueren**

*Evalueren van keuze*

Wanneer zorgverleners, cliënt en/of familie de keuze gemaakt en uitgevoerd hebben, evalueren ze ook samen deze keuze. De zorgverleners evalueren de keuze bovendien in het team. Dit evalueren wordt mogelijk het uitgangspunt voor een opnieuw informeren en motiveren van een andere keuze.

#### **b. Zelfbevraging van de zorgverleners**

*Wat?  
Waarom?  
Hoe?*

In dit proces van overleg met cliënt en/of familie bevragen de zorgverleners zichzelf voortdurend op een kritische wijze. Ze kunnen zich individueel bevragen, maar ook in team. Het is belangrijk dat zorgverleners voldoende tijd vrij maken om zich als team te bevragen. Wat zijn we aan het doen? Waarom doen we dat? Hoe doen we het? Hoe gaan we daarbij om met vrijheid en dwang? Hoe kunnen we de verantwoordelijkheid gezamenlijk dragen? De volgende vijf elementen kunnen richting geven aan een dergelijke bevraging.

##### **1. Attitudes**

*Houding?*

De belangrijkste grondhouding van zorgverleners is het respect voor de ander als persoon. Andere attitudes zijn betrokkenheid, professionaliteit, betrouwbaarheid, waarachtigheid, openheid en verantwoordelijkheidszin. Zorgverleners moeten zich kritisch opstellen tegenover hun eigen grondhouding.

## 2. Vaardigheden

*Competentie?*

Zorgverleners hebben heel wat vaardigheden in verband met verzorging, begeleiding en behandeling, maar ook communicatievaardigheden nodig. Ze moeten nagaan of hun competenties voldoende aanwezig zijn en hoe ze deze eventueel verder kunnen ontwikkelen.

## 3. Klinische praktijkervaring

*Praktijk?*

Zorgverleners hebben reeds kennis van de zorg voor een bepaalde doelgroep door hun eigen klinische praktijk. Het is belangrijk dat ze deze kennis bevragen en verdiepen door deze te confronteren met de goede klinische praktijken van andere zorgverleners.

## 4. Wetenschappelijke kennis

*Theorie?*

Zorgverleners kunnen ook hun eigen visie en praktijk bevragen en verdiepen door deze te confronteren met theorieën en praktijkmodellen uit de literatuur. Het is van wezenlijk belang dat ze de wetenschappelijke literatuur over hun werkterrein opvolgen en op een kritische wijze integreren.

## 5. Cliëntenperspectief

*Cliënt?*

Zorgverleners kunnen ook hun visie en praktijk bevragen vanuit het perspectief van cliënten. Hoe cliënten de zorg, begeleiding en behandeling aanvoelen en beleven, is een noodzakelijke toetssteen voor het denken en handelen van zorgverleners.

## 2. Bijzondere situaties: vrijheidsbeperking en toestemming

*Vrijheidsbeperking en toestemming*

Het overleg staat centraal in het algemeen model om keuzes in de zorg te maken. In bijzondere situaties zijn er echter grenzen aan dit overleg. Deze hebben te maken met de doorslaggevende rol die één van beide partners in het overleg kan of moet spelen. In sommige bijzondere situaties is vrijheidsbeperking of dwang aangewezen en beslissen de zorgverleners. In andere bijzondere situaties is steeds een uitdrukkelijke toestemming noodzakelijk en beslist de cliënt of vertegenwoordiger. Ook in deze bijzondere situaties proberen de zorgverleners zoveel mogelijk de keuze bespreekbaar te maken.

### 2.1. Vrijheidsbeperking of dwang

#### a. Structurele en situationele vrijheidsbeperking of dwang

##### 1. Structurele vrijheidsbeperking of dwang

*Organisatie van centrum en visie en regels van afdeling*

Structurele vrijheidsbeperking is het geheel van maatregelen die van kracht zijn om het samenwonen en het samenwerken in een voorziening mogelijk te maken. De vrijheid van de cliënt wordt op de eerste plaats beperkt doordat hij of zij opgenomen wordt in een centrum en zich moet onderwerpen aan de manier waarop dat centrum gestructureerd en georganiseerd wordt. Zo moet de cliënt het huishoudelijk reglement van de voorziening naleven en wordt hij of zij opgenomen op een bepaalde

afdeling, vaak zonder daarin inspraak te hebben. Op de tweede plaats wordt de vrijheid van de cliënt beperkt door de algemene zorgvisie of filosofie die op de afdeling gehanteerd wordt en die de cliënt vaak evenmin kan meebepalen. Dit leidt op zijn beurt tot een aantal regels die de cliënt moet naleven in verband met het leefklimaat en het zorgklimaat van de afdeling.

## **2. Situationele vrijheidsbeperking of dwang**

*Onmogelijkheid van dialoog, noodzaak van dwangbehandeling, of vrijheidsbeperking*

Situationele vrijheidsbeperking of dwang doet zich voor naar aanleiding van een bepaalde situatie. Deze situaties kunnen van velerlei aard zijn. Er zijn situaties waarin het niet (meer) mogelijk is het overleg op te zetten of vol te houden. In andere situaties moeten de zorgverleners (dringend) een dwangbehandeling of maatregel instellen. In het kader van een therapeutische aanpak willen zorgverleners soms het gedrag van een cliënt beïnvloeden door zijn of haar vrijheid te beperken. Maar het kunnen ook situaties zijn waarin de zorgverleners op een subtiele wijze de vrijheid van de cliënt beperken of hem of haar tot iets dwingen door hun houding, hun manier van zich verhouden of hun verbale of non-verbale communicatie.

### **b. Criteria voor vrijheidsbeperking of dwang**

*Twee criteria*

Het is heel belangrijk dat zorgverleners structurele of situationele vrijheidsbeperking niet als vanzelfsprekend beschouwen. Daarom hebben ze de taak alle vormen van vrijheidsbeperking of dwang kritisch te bevragen en zoveel mogelijk bespreekbaar te maken met de cliënt en/of familie. Daarbij kunnen ze gebruik maken van de volgende twee criteria die tegelijk aanwezig moeten zijn.

#### **1. Ernstige schade aan gezondheid, integriteit, of leef- en zorgklimaat**

*Schade?*

Het eerste criterium bepaalt dat de gezondheid, de integriteit of het leef- en zorgklimaat ernstig geschaad zou worden zonder gebruik van vrijheidsbeperking of dwang. Hierbij zijn er drie mogelijkheden.

##### **a. Ernstige schade aan de gezondheid van de cliënt**

*Schade aan gezondheid?*

Er zou ernstige schade aangericht worden aan de gezondheid van de cliënt indien er geen vrijheidsbeperking zou uitgeoefend worden. Daarom moet de vrijheidsbeperking gericht zijn op de behandeling van de psychiatrische problematiek van de cliënt.

óf

##### **b. Ernstige schade aan de integriteit van de cliënt of een ander**

*Schade aan integriteit?*

Er zou ernstige schade aangericht worden aan de morele, fysieke of psychische integriteit of onschendbaarheid van de cliënt of een andere persoon indien er geen vrijheidsbeperking zou gebruikt worden. Daarom moet de vrijheidsbeperking gericht zijn op de bescherming van de integriteit van de cliënt of een ander.

óf

### **c. Ernstige schade aan het leef- en zorgklimaat**

*Schade aan leef- en zorgklimaat?*

Er zou ernstige schade aangericht worden aan het leef- en zorgklimaat indien er geen vrijheidsbeperking zou uitgeoefend worden. Daarom moet de vrijheidsbeperking gericht zijn op het waarborgen van het leef- en zorgklimaat.

én

### **2. Proportionaliteit tussen graad van vrijheidsbeperking en ernst van schade**

*Proportionaliteit?*

Het tweede criterium stelt dat er een proportionele of redelijke verhouding moet zijn tussen de beperking van vrijheid en de schade die anders aan de gezondheid, de integriteit of het leef- en zorgklimaat zou aangericht worden. Zorgverleners mogen dus niet méér en niet langer vrijheid beperken dan strikt noodzakelijk is. Ze moeten ook nagaan of er maatregelen mogelijk zijn die de schade aan gezondheid, integriteit of leef- en zorgklimaat kunnen vermijden met minder vrijheidsbeperking.

*Ruimte voor interpretatie*

De formulering van deze twee criteria laat ruimte over aan de zorgverleners om te interpreteren. Het is immers onmogelijk precies de grens te trekken tussen situaties waarin de zorgverleners, cliënt en/of familie best blijven overleggen en situaties waarin vrijheidsbeperking of dwang aangewezen is. Zorgverleners moeten er zich voor hoeden al te vlug maar ook niet te laat over te gaan tot vrijheidsbeperking of dwang.

*Dwang uitoefenen*

Indien de cliënt op het moment van de vrijheidsbeperking weigert of er zich fysiek tegen verzet, kunnen de zorgverleners toch dwang uitoefenen indien aan de hierboven vermelde voorwaarden voldaan wordt. De voorwaarden verantwoord immers het gebruik van dwang. Een ingreep tegen de wil van de cliënt kan dus uitgevoerd worden.

### **c. Aandacht voor de uitvoering van vrijheidsbeperking of dwang**

*Kritische bevraging van regels*

Bij structurele vrijheidsbeperking is het belangrijk dat de zorgverleners zich kritisch opstellen tegenover de gangbare regels op de afdeling. Aan de hand van de twee bovenstaande criteria kunnen ze in team de zinvolheid van de regels bevragen en zoeken naar een goede motivering ervoor. Rekening houdend met de mogelijkheden van de cliënten, maken de zorgverleners de regels bespreekbaar met de cliënten. In de mate van het mogelijke betrekken ze ook de familie. Ze motiveren de cliënten om de regels na te leven.

*Dialog open houden*

Bij situationele vrijheidsbeperking of dwang is het van belang dat de zorgverleners zoveel mogelijk een proces van dialoog met de cliënt opbouwen. Daarbij bespreken ze de maatregel vóór, tijdens en na de uitvoering ervan. Ze geven informatie over de aard van de maatregel, motiveren de noodzaak ervan en proberen de cliënt te motiveren om mee te werken. De zorgverleners kunnen ook met de cliënt bespreken wat ze zullen doen als deze situatie zich opnieuw voordoet.

*Specifieke richtlijnen*

Het is noodzakelijk dat de zorgverleners in team nadenken over situationele vrijheidsbeperking of dwang en een aantal richtlijnen formuleren die specifiek zijn voor hun doelgroep en afdeling. Dit geeft de zorgverleners, die er soms alleen voor staan, houvast wanneer ze in een concrete situatie vrijheidsbeperking of dwang moeten overwegen. Ze bespreken deze richtlijnen best ook met de cliënten, bij voorkeur in een

periode dat er geen onmiddellijke aanleiding tot vrijheidsbeperking of dwang is. Dit kan ertoe bijdragen dat zorgverleners en cliënt vlotter in dialoog treden wanneer vrijheidsbeperking of dwang later toch noodzakelijk is. Door het overleg ervaren beiden het gebruik van vrijheidsbeperking of dwang immers meer als een ingreep die tot de zorg of behandeling kan behoren.

*Twee  
aandachtspunten*

Ten slotte kunnen we wijzen op twee aandachtspunten om de houding en het handelen van zorgverleners te bevragen bij de uitvoering van de situationele of structurele vrijheidsbeperking.

### **1. Aandacht voor menswaardigheid**

*Humane  
uitvoering?*

Een zelfde vrijheidsbeperkende maatregel kan op verschillende manieren uitgevoerd worden. Het komt erop aan dat de zorgverleners bij vrijheidsbeperking uitgaan van een houding van respect voor de persoon en handelen op een manier die recht doet aan zijn of haar waardigheid. Het humane karakter van de uitvoering maakt het ethisch verschil. Door de cliënt aan te spreken bij zijn of haar naam en te duiden hoe en waarom ze vrijheid beperken, drukken de zorgverleners hun respect voor de waardigheid van de cliënt uit.

### **2. Aandacht voor beleving**

*Beleving  
verhelderen?*

Een tweede aandachtspunt is de persoonlijke beleving van de cliënt en/of de familie. Het gebeurt immers vaak dat zij de vrijheidsbeperking of dwang beleven op een andere manier dan de zorgverleners bedoelen, namelijk als overmacht, vernedering of straf. Daarom is het belangrijk dat de zorgverleners luisteren naar hun beleving, hun gevoelens en emoties helpen verhelderen en zoeken naar de betekenissen ervan.

## **2.2. Toestemming**

*Toestemming  
noodzakelijk*

Zorgverleners kunnen ook geconfronteerd worden met situaties waarin een uitdrukkelijke toestemming noodzakelijk is. Wanneer ingrepen experimenteel zijn, ernstige risico's inhouden, levensgevaarlijk zijn of belangrijke onomkeerbare gevolgen kunnen hebben, is een geïnformeerde of plaatsvervangende toestemming noodzakelijk. Voorbeelden van dergelijke ingrepen zijn experimenten met psychofarmaca, medische beslissingen bij het levenseinde, en chirurgische ingrepen zoals sterilisatie; het is echter niet mogelijk een volledige lijst van dergelijke ingrepen op te stellen.

### **a. Vormen van toestemming**

*Informeren, kiezen  
en toestemmen*

#### **1. Geïnformeerde toestemming**

Bij een dergelijke ingreep bij een wilsbekwame cliënt moeten de zorgverleners zijn of haar geïnformeerde toestemming vragen. Daartoe krijgt de cliënt op voorhand gepaste en begrijpelijke informatie over de verschillende keuzemogelijkheden, hun doel en de aard, gevolgen en risico's. De cliënt moet deze informatie kunnen begrijpen en een overwogen keuze kunnen maken. De zorgverleners mogen geen dwang uitoefenen en moeten om de expliciete toestemming vragen. De cliënt kan de toestemming geven of weigeren. Dit mag echter geen enkel gevolg hebben voor de kwaliteit van de zorgverlening. Door een geïnformeerde

toestemming respecteren de zorgverleners maximaal de keuzevrijheid van de cliënt. Dit veronderstelt echter de wilsbekwaamheid van de cliënt.

## 2. Plaatsvervangende toestemming

*Minderjarige cliënt  
of onder statuut*

Wanneer de cliënt wilsonbekwaam is, moeten de zorgverleners de plaatsvervangende toestemming vragen aan een vertegenwoordiger van de cliënt. Bij minderjarige of bij meerderjarige cliënten onder het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring zijn dat de ouders of de voogd. De zorgverleners vragen hen om een geïnformeerde toestemming, maar houden evenwel rekening met de mening van de cliënt, afhankelijk van de leeftijd en de graad van ontwikkeling.

*Meerderjarige  
cliënt*

Bij een meerderjarige cliënt wiens goederen onder voorlopig bewind zijn geplaatst, kan de voorlopige bewindvoerder hier niet optreden als vertegenwoordiger omdat hij of zij alleen bevoegd is om de goederen van de cliënt te beheren.

*Zelfbenoemde  
vertegenwoordiger*

De cliënt kan op het ogenblik dat hij of zij nog wilsbekwaam is, een 'zelfbenoemde vertegenwoordiger' aanwijzen om hem of haar op dit vlak te vertegenwoordigen indien de cliënt zelf wilsonbekwaam geworden is en niet valt onder de beschermingsmaatregel van de voogdij.

*Feitelijke  
vertegenwoordiger*

Indien de cliënt geen 'zelfbenoemde vertegenwoordiger' heeft aangewezen of deze persoon niet wil of kan optreden, dan treedt een 'feitelijke vertegenwoordiger' op. Dit is op de eerste plaats de samenwonende echtgenoot, of de wettelijk of feitelijk samenwonende partner van de cliënt. Indien ook deze persoon dat niet wenst of ontbreekt, dan zijn volgende personen in dalende volgorde feitelijk vertegenwoordiger: een meerderjarig kind, een ouder, of een meerderjarige broer of zus van de cliënt.

*Zorgverleners  
als belangen-  
behartigers*

Indien ook een dergelijke persoon ontbreekt of niet wil of kan optreden, behartigen de zorgverleners, na overleg in team, de belangen van de cliënt. Dit is eveneens het geval bij het conflict tussen twee of meerdere van de hierboven genoemde feitelijke vertegenwoordigers van de cliënt. Bij het verkrijgen van een plaatsvervangende toestemming en de belangenbehartiging door zorgverleners, wordt de cliënt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn of haar begripsvermogen betrokken.

## 3. Voorafgaande toestemming

*Vooraf  
uitgedrukte wens*

Het is mogelijk dat een cliënt, op een moment van wilsbekwaamheid, de zorgverleners zijn of haar toestemming verleent of weigert om tussenbeide te komen op een later moment waarop hij of zij niet meer wilsbekwaam is. De zorgverleners krijgen dan al dan niet de toestemming om in een latere crisissituatie bepaalde ingrepen te doen. Vanuit ethisch standpunt verplicht of verbiedt de vooraf uitgedrukte wil van de cliënt de zorgverleners niet een ingreep uit te voeren. De zorgverleners hebben immers hun professionele deskundigheid en beoordelen van daaruit of de ingreep al dan niet verantwoord is. Ze houden uiteraard in belangrijke mate rekening met deze vooraf uitgedrukte wens van de cliënt.

### b. Wilsbekwaamheid

*Wilsbekwaamheid als  
sleutelconcept*

Onder heel deze regeling van toestemming schuilt het concept van wilsbekwaamheid.<sup>(3)</sup> Het is bijzonder delicaat te oordelen over de wilsbekwaamheid van een ander, omdat hiermee meteen een oordeel

uitgesproken wordt over die persoon en omdat dit aanleiding kan geven tot paternalistisch handelen. Daarom hebben wij in het algemeen model voor het maken van keuzes in de zorg gekozen voor een principiële overleg tussen zorgverleners, cliënt en/of familie, ongeacht de wilsbekwaamheid van de cliënt. Dit overleg wordt alleen in bijzondere situaties begrensd waar het gebruik van vrijheidsbeperking of dwang aangewezen of het vragen van toestemming noodzakelijk is. Bij het vragen van toestemming is wilsbekwaamheid een sleutelconcept.

*Nuanceren  
naar tijd en  
aard van keuze*

Daarom moet het oordeel over wilsbekwaamheid steeds genuanceerd worden in de tijd en naar de aard van de keuze. Een cliënt kan immers op het ene moment niet wilsbekwaam zijn, maar op een ander moment wel. Bovendien kan de cliënt niet bekwaam zijn om bepaalde keuzes te maken, maar voor andere wel. Daarom moet de wilsbekwaamheid steeds gespecificeerd worden in de tijd en naar de aard van de keuze.

*Gradueel concept*

Wilsbekwaamheid is echter ook geen zwart-wit concept. Het is een gradueel concept dat we kunnen situeren op een continue lijn van wilsbekwaam over gedeeltelijk wilsbekwaam tot wilsonbekwaam.

*Begripsvermogen  
en oordeels-  
vermogen*

Als criteria voor wilsbekwaamheid stellen we het begrips- en het oordeelsvermogen voor. Het begripsvermogen houdt in dat de cliënt informatie kan begrijpen. Zorgverleners kunnen dit toetsen door in een dialoog met de cliënt te vragen de essentie van de informatie op zijn of haar wijze weer te geven. Het oordeelsvermogen betekent dat de cliënt een overwogen keuze kan maken door de voor- en nadelen ervan af te wegen. Ook dit kunnen zorgverleners toetsen door in een dialoog met de cliënt te vragen de essentie van de afweging op zijn of haar manier weer te geven. Als de cliënt dit telkens kan communiceren op een verbale en/of non-verbale wijze die begrijpelijk en invoelbaar is voor de zorgverleners of anderen, dan voldoet hij of zij aan de criteria.

*Eerlijk oordeel*

Bij een eerlijk beoordelen van wilsbekwaamheid is het mogelijk dat een cliënt met voldoende begrips- en oordeelsvermogen een andere keuze maakt dan de zorgverleners. Cliënten zijn vaak meer wilsbekwaam dan zorgverleners denken en vaak minder wilsbekwaam dan zorgverleners wensen.

## **Besluit**

Doorheen de hele tekst loopt als een rode draad het belang van deskundigheid en betrokkenheid, het respect voor de persoon, zijn of haar levensverhaal en wensen, de openheid voor dialoog en wederzijdse motivering, de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokkenen, de kritische bevraging van het eigen denken en handelen, en de aandacht voor de beleving.

## **Noten**

- (1) Deze tekst is naar onze mening in overeenstemming met de Wet Patiëntenrechten van 22 augustus 2002, met de Europese Conventie voor de Biogeneeskunde en de Mensenrechten, en met de rechtspraak van het Europees Hof voor de Bescherming van de Rechten van de Mens.
- (2) Keuzevrijheid is de uiterlijke toestand waarin iemand kan kiezen tussen verschillende mogelijkheden, weliswaar met beïnvloedingen van buitenaf, maar zonder dwang. Ons gedrag wordt door veel factoren beïnvloed, maar zolang geen dwang ons verhindert te doen wat we willen of verplicht te doen wat we niet willen, hebben we keuzevrijheid.
- (3) Wilsbekwaamheid is het innerlijk vermogen of de bekwaamheid van de persoon om zelf keuzes te maken, weliswaar vanuit allerlei motieven, maar zonder onweerstaanbare drang van binnenuit.

Een drang van binnenuit kan immers iemand beletten zelf keuzes te maken of zijn of haar gedrag te begrenzen. Hierin speelt de psychiatrische problematiek een belangrijke rol.

- (4) Vrijheidsbeperking zijn alle vormen van beperking van de keuzevrijheid van de cliënt, al dan niet tegen zijn of haar wil. Er zijn vormen van vrijheidsbeperking waartoe de cliënt toestemming geeft. We kunnen een onderscheid maken tussen structurele vrijheidsbeperking en situationele vrijheidsbeperking.
- (5) Dwang is een bijzondere vorm van vrijheidsbeperking, met name tegen de wil van de cliënt in. Dwang is dus machtsuitoefening van buitenaf waardoor de cliënt genoodzaakt wordt om te doen wat hij of zij niet wenst te doen of verhinderd wordt te doen wat hij of zij wel wenst te doen.
- (6) Onder 'cliënt' verstaan we de patiënt of bewoner in de geestelijke gezondheidszorg.
- (7) Met 'familie' bedoelen we niet alleen de familie in de strikte betekenis van het woord, maar ook alle mensen uit de directe omgeving die sterk op de cliënt betrokken zijn.

## Literatuur

Berghmans, R., D. Elfahmi, M. Goldsteen & G. Widdershoven, *Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie: eindrapport*, Utrecht/Maastricht, GGZ Nederland, 2001, 64 p.

Graste, J. & D. Bauduin (red.), *Waardenvol werk: ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*, Assen, van Gorcum, 2000, X + 278 p.

Janssen, M., M. de Jonge en J. Pols, *Dwang in de psychiatrie. Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*, Amsterdam, Babyon-De Geus, 1995, 171 p.

Kortmann, F. & G. den Hartogh (red.), *Weldoen op contract: ethiek in de psychiatrie*, Assen, Van Gorcum, 2000, 158 p.

Liégeois, A., *Begrensde vrijheid: ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*, Pelckmans, Kapellen, 1997, 239 p.

Widdershoven, G., *Ethiek in de kliniek: hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*, Meppel, Boom, 2000, 175 p.

Leden van de werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg:

Beernem, P.C. Sint-Amandus: mevr. Annemie Hoste en dr. Jo Magerman  
Bierbeek, U.P.C. Sint-Kamillus: dhr. Helmut Backaert en dhr. Josip Mateljan  
Boechout, P.C. Broeders Alexianen: dhr. Emiel Nelissen en mevr. Leen Van Hilst  
Gent, P.C. Dr. Guislain: dhr. Guido De Geyter en mevr. Martine Schietse  
Gent, Provinciaal: dr. Marc Eneman, dhr. Axel Liégeois en dhr. Koen Oosterlinck  
Grimbergen: P.K. Sint-Alexius: dhr. Frans De Greve en dhr. Guy Souverijns  
Korbeek-Lo, Nakuurhome Papiermoleken: dhr. Luc De Baets  
Lede, P.C. Zoete Nood Gods: dhr. Ivan Klinckaert en mevr. Sigrid Van Lierde  
Leuven, Psycho-Sociaal Centrum: dhr. Patrick Van Dievoet  
Merelbeke, De Sleutel: dhr. Robrecht Keymeulen  
Mortsel, P.C. Sint-Amedeus: dhr. Jef Van Hoof en dhr. Patrick Vanpoucke  
Sint-Truiden, P.C. Ziekeren: dhr. André Claes en mevr. Ine Wanten  
Tienen, P.K. Broeders Alexianen: dr. An Haekens en mevr. Kristel Verheyden  
Zelzate, P.C. Sint-Jan-Baptist: dr. Theo De Decker en mevr. Liva Nolle

Advies goedgekeurd door de Bestuursraad Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde

Contactpersoon: Axel Liégeois  
E-mail: [axel.liegeois@fracarita.org](mailto:axel.liegeois@fracarita.org)