



Universiteit
Leiden

The Netherlands

'Wilsbekwame zorgmijder heeft rechten én plichten'

Hendriks, A.C.; Hendriks A.C.

Citation

Hendriks, A. C. (2017). 'Wilsbekwame zorgmijder heeft rechten én plichten'. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 161(27 (D1197)), 12-14. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/54651>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/54651>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

TER DISCUSSIE

Wilsbekwame zorgmijder heeft rechten én plichten

Lester J. du Perron, Arijia Maat en A.C. (Aart) Hendriks

Een 68-jarige man met COPD (GOLD-klasse 4) is opgenomen op de longafdeling omdat zijn kortademigheid verergert. De longarts acht behandeling in een expertisecentrum noodzakelijk, maar patiënt weigert en wil naar huis. De geconsulteerde psychiater sluit uit dat de weigering samenhangt met een eventuele psychiatrische aandoening. De huisarts kent patiënt al langer als een 'zorgmijder', die ook na ontslag van de longafdeling huisbezoeken afhoudt. Patiënt overlijdt 2 maanden later aan de gevolgen van zijn ziekte. Hebben de artsen hier goed gehandeld?

ZORG TEGEN WIL EN DANK?

'Shared decision-making', ofwel gezamenlijke besluitvorming door arts en patiënt, is tegenwoordig de norm. Minister Schippers is hierover zo enthousiast dat zij deze werkwijze in de wet wil opnemen.¹ Maar wat als patiënten helemaal niet gezamenlijk willen beslissen, maar juist waarde hechten aan een individuele beslissing en vanuit deze wens het contact met medici mijden?

Hoe we als artsen moeten omgaan met deze zorgmijders is een lastige vraag. Er is geen NHG-standaard of multidisciplinaire richtlijn over zorgmijders. Wel bestaat 'bemoeizorg' voor zorgmijdende patiënten met een psychiatrische aandoening. Voor juridische vragen rond deze vorm van zorg bestaan een handreiking en diverse tuchtrechtelijke uitspraken.^{2,3} Als psychiatrische patiënten gevaar opleveren, biedt de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) – onder strikte voorwaarden – de mogelijkheid van onvrijwillige opname en in sommige gevallen van gedwongen behandeling.⁴

Deze wet is echter niet van toepassing op zorgmijdende

patiënten met alleen een somatische aandoening, dus zonder psychiatrische problematiek. Als de patiënt in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, ofwel wilsbekwaam is, moet de arts met de zorgmijder zelf tot een vergelijk zien te komen.⁵ Daarbij hoort het goed informeren van de patiënt, zodat deze op juiste en op de door hem gewenste wijze gebruik kan maken van zijn zelfbeschikkingsrecht.⁶ Artsen vinden het lastig met dit soort situaties om te gaan en voelen de plicht patiënten ervoor te behoeden dat ze noodzakelijke zorg mislopen.

Maar wie is nu eigenlijk waarvoor verantwoordelijk? In dit artikel doen wij een poging tot nadere gedachtevorming over de verantwoordelijkheden van zowel arts als patiënt, en stellen concrete handvatten voor. Daarbij gaan we ook in op de vraag of een arts bij het stelselmatig afhouden van contact de behandelingsovereenkomst met de patiënt mag of zelfs moet opzeggen, dan wel een melding van vermoedelijke verwaarlozing moet doen.

VERANTWOORDELIJKHEID ARTS

Dat artsen van oudsher een ruime verantwoordelijkheid hebben voor patiënten en hun gezondheid volgt al uit de artseneed. Maar die geeft niet duidelijk aan tot hoe ver die verantwoordelijkheid gaat. Op grond van het Wetboek van Strafrecht is het artsen in ieder geval verboden een hulpbehoevende in de steek te laten; dat is in strijd met de zorgplicht.⁷ Maar wat als de hulpbehoevende geen zorg wil? Hoe kan een arts dan invulling geven aan zijn verantwoordelijkheid en handelen als een goed hulpverlener, zoals de wet altijd van hem verwacht?

In 2013 gaf het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) een waarschuwing aan een huisarts, omdat deze voor een insulineafhankelijke zorgmijder 'onvoldoende inspanning heeft verricht om in persoonlijk contact te treden met de patiënt teneinde inzicht te verkrijgen in diens medische achtergrond'. Het college benadrukte daarbij de zorgplicht van de arts: 'De arts dient de patiënt te waarschuwen voor de risico's van zijn ziekte en hem met het oog daarop te wijzen op het belang van een regelmatige gezondheidscontrole.'⁸

Terugvertaald naar onze casus over de zorgmijdende COPD-patiënt roept dit twee vragen op, allereerst: is de patiënt duidelijk genoeg gewaarschuwd voor de risico's van zijn ziekte en van het weigeren van medische hulp? En vervolgens: heeft de huisarts voldoende inspanning

Drs. L.J. du Perron, huisarts.

Universitair Medisch Centrum Utrecht, afd. Psychiatrie, Utrecht.

Dr. A. Maat, psychiater.

Universiteit Leiden, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, departement Publiekrecht, Leiden.

Prof. mr. dr. A.C. Hendriks, jurist.

Contactpersoon: drs. L.J. du Perron (lesterduperron@gmail.com).

verricht om in persoonlijk contact te treden met de patiënt? Het CTG laat in de genoemde uitspraak in het midden wanneer het volstaat een patiënt te waarschuwen, en hoeveel inspanning een arts in dat verband dient te plegen. Wij menen dat het hierbij belangrijk is om ook de verantwoordelijkheid van de patiënt in het oog te houden; door herhaaldelijk te pogen in contact te komen kan de arts namelijk ook inbreuk maken op de autonomie van de patiënt, waardoor de behandelrelatie tussen arts en patiënt op het spel komt te staan.

EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID PATIËNT

De wet kent de patiënt een grote mate van autonomie toe. Dit weerspiegelt de gedachte dat iedereen zelf mag beslissen wel of geen zorg te ontvangen. Zo heeft een patiënt op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) het recht om van informatie verschoond te blijven en is niemand verplicht om zorg te accepteren.⁵

Het weigeren van zorg kan dus een autonome opvatting zijn van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Maar de WGBO plaatst daarbij wel kanttekeningen. In de zorg wordt het juridisch van belang geacht dat de patiënt bij behandelbeslissingen of niet-behandelbeslissingen in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen, en dat hij daartoe goed is geïnformeerd door de arts. Dit veronderstelt dat er contact is geweest tussen de arts en de patiënt, dat er in die context geen twijfels zijn gerezen over de wilsbekwaamheid van de patiënt en ook dat de arts overtuigd is geraakt van de wensen van de patiënt.

Bij een patiënt die 'onverstandig gedrag' vertoont is het niet de bedoeling dat de arts hem wilsbekwaam acht. Dat geldt ook als een patiënt belangrijke informatie of een noodzakelijke behandeling weigert. De wet gaat er echter tegelijkertijd van uit dat de arts, door persoonlijk contact te maken en informatie te verstrekken, de patiënt stimuleert om op de juiste wijze gebruik te maken van zijn zelfbeschikkingsrecht.⁶ In de praktijk worden 'no show'-protocollen gebruikt. Deze protocollen beschrijven de stappen die behandelaars zetten als een patiënt niet verschijnt op afspraken of geen gehoor geeft aan oproepen. De strekking van genoemde protocollen is dat patiënten worden herinnerd aan hun verantwoordelijkheden en artsen zorgmijgend gedrag tijdig kunnen signaleren.

Dit roept de vraag op in hoeverre een arts inspanningen moet leveren om een patiënt met zorgmijgend gedrag te bereiken, zonder diens eigen verantwoordelijkheid en autonomie te miskennen. Als een patiënt bewust en wilsbekwaam heeft aangegeven geen behoefte te hebben aan informatie of behandeling, dan dient een arts dit te respecteren. Maar als de patiënt deze wens niet kenbaar maakt en zorg mijdt, ondanks herhaalde pogingen tot

contact, hoeveel verder reikt de verantwoordelijkheid van de arts dan nog? Wij bepleiten dat de gezondheidsrisico's die de patiënt in dergelijke gevallen loopt niet behoren tot de verantwoordelijkheid van de arts, maar tot die van de patiënt.

GOED PATIËNTSCHAP

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg besprak al in 2007 deze vragen rond rechten en plichten van arts en patiënt, aan de hand van de visie van de Amerikaanse socioloog Talcott Parsons.⁹ Hij beschreef ziek-zijn ook als een sociale rol, en dichtte de man of vrouw in die rol behalve een aantal rechten ook een aantal plichten toe. Deze plichten, die kunnen worden gezien in het licht van 'goed patiëntschap', kunnen als volgt worden omschreven:

- De patiënt wordt geacht de eigen toestand als onwettelijk te beschouwen.
- De patiënt dient, waar mogelijk, zich in te spannen om 'beter' te worden, dat wil zeggen: van zijn ziekte te herstellen.
- De patiënt wordt geacht competente hulp te zoeken van een gekwalificeerde professional en mee te werken aan het proces van herstel.

Wij vinden dat het vanuit deze gedachte belangrijk is om oog te blijven houden voor de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Zodra iemand ziek wordt, heeft hij recht op medische hulp, maar krijgt daarbij ook de verantwoordelijkheid te kiezen voor een of meer behandelopties. De behandelaar neemt de verantwoordelijkheid voor de ziekte immers niet over, maar staat de patiënt zo goed mogelijk bij. De eigen verantwoordelijkheid wordt tijdens ziek-zijn dus alleen maar groter, omdat daaronder ook een inspanning tot herstel van ziekte mag worden verwacht. Als de patiënt onvoldoende of geen inspanningen wil verrichten om te herstellen – door niet op zoek te gaan naar hulp of door zich te onttrekken aan controle door zijn behandelaar – dan valt dit volgens ons onder de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.⁹

Als een patiënt een door de arts voorgestelde behandeling weigert, vormt dit overigens nog geen 'gewichtige reden' om de behandelingsovereenkomst op te zeggen, ondanks dat de patiënt, ook wettelijk gezien, moet meewerken aan de uitvoering van een behandelingsovereenkomst.¹⁰ Een arts is in noodsituaties zelfs verplicht te handelen naar eigen medisch inzicht, ook al weigert de betrokkene de noodzakelijk geachte hulp.¹¹

In een niet-acute situatie is echter niet zonder meer duidelijk tot hoe ver de zorgplicht van de arts gaat. Zo achtte de tuchtrechter het bij een 'welhaast absolute zorgmijder' te rechtvaardigen dat een arts de voorkeur geeft aan het in stand houden van de vertrouwensband en niet inzet op dwang.¹² Als een arts evenwel diverse pogingen heeft

gedaan om in contact te komen met een patiënt over wie ernstige zorgen bestaan en het niet lukt om deze patiënt te spreken te krijgen, kan dit ook een reden zijn een vermoeden van mishandeling te melden.¹³

De vraag in hoeverre de arts de plicht heeft zich in te spannen om met de zorgmijdende patiënt in contact te komen, hangt daarom vooral af van de inschatting of het weigeren van informatie en zorg een uiting is van de autonomie van deze patiënt. Bij voorkeur komen arts en patiënt tot een gezamenlijk besluit, maar soms zal de arts erin moeten berusten dat de patiënt dat niet wil.

CONCLUSIE

Duidelijke regels voor het omgaan met zorgmijdende patiënten met een somatische aandoening ontbreken. Er is nog maar één uitspraak van het tuchtcollege die expliciet op dit vraagstuk betrekking heeft. Artsen hebben als goede hulpverleners een zorgplicht, waaronder de plicht zich in te spannen een patiënt te benaderen en te informeren. Maar de zorgplicht van de arts eindigt daar waar de patiënt met een beroep op zijn autonomie structureel informatie weigert en zorg mijdt. Ziek-zijn brengt namelijk ook plichten met zich mee, waaronder een inspanning om van ziekte te herstellen en de wettelijke plicht mee te werken aan de uitvoering van een behandelings-

overeenkomst. De arts wordt wel geacht zich in te spannen om de wensen van de patiënt te achterhalen, en liefst samen te beslissen over of deze informatie wil krijgen en behandeld wil worden of niet. Maar deze inspanningsplicht is niet onbegrensd.

Een arts kan gegronde redenen hebben om de behandelingsovereenkomst te beëindigen als de patiënt structureel zorg weigert, waarbij de arts overigens verplicht blijft hulp te bieden totdat er een andere behandelaar is.¹⁰ Structureel weigeren van zorg kan voor de arts ook een reden zijn een vermoeden van mishandeling te melden. Als er aanwijzingen zijn voor wilsonbekwaamheid, doet zich een andere situatie voor, omdat wilsonbekwame patiënten niet in staat worden geacht autonoom te beslissen en eigen verantwoordelijkheid te dragen. Maar iedereen die onverstandig beslist aanmerken als mogelijk wilsonbekwaam miskent de autonomie en eigen verantwoordelijkheid van patiënten.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 22 februari 2017

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:D1197

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D1197**

LITERATUUR

- Schippers EI. Kamerbrief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Samen beslissen. 29 oktober 2015.
- GGD GHOR Nederland, GGZ Nederland, KNMG. Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeiing. september 2014.
- Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 5 maart 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:280.
- <http://wetten.overheid.nl/BWBR0005700/2016-01-01>.
- Burgerlijk Wetboek Boek 7.
- Hoge Raad, 12 maart 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY4876.
- Wetboek van Strafrecht.
- Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 1 april 2010, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0196.
- Goed patiëntschap. Publicatienummer Sig 07/02. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2007.
- Doppegieter RMS, van Meersbergen DYA. Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. KNMG uitgave – versie 3.0.
- Hendriks AC, Friele RD, Legemaate J, Widdershoven GAM. Thematische wetsevaluatie 'Zelfbeschikking in de zorg'. Den Haag: ZonMw; 2013.
- Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven, 19 augustus 2014, ECLI:NL:TGZREIN:2014:76.
- Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven, 23 november 2016, ECLI:NL:TGZREIN:2016:93.