

lijke huisartsen waren in deze groep oververtegenwoordigd. Bij de tweede patiënt was er geen sprake van evident ernstig autonomieverlies en evenmin van ernstige psychiatrische stoornissen, depressie of dementie die paternalistisch ingrijpen niet alleen rechtvaardigden, maar ook noodzakelijk maakten.<sup>5</sup> In een situatie van twijfel over de mate van autonomieverlies, wanneer bemoeizorg wellicht aan de orde is, dient de huisarts zich de volgende vragen te stellen, desgewenst in overleg met collega's:<sup>3</sup>

- ▶ Zijn de mogelijkheden van overreding uitgeput?
- ▶ Zijn de in te zetten middelen redelijk?
- ▶ Is voorzien in procedurele rechtswaarborgen?
- ▶ Zijn er andere oplossingen die minder ingrijpend zijn en de patiënt wel zouden kunnen overtuigen?

Voor de beschreven casus waren geen richtlijnen of standaarden voorhanden. Zo gaat het meestal. Op het niveau van de patiënt, tenzij het om een enkelvoudige uitslag van HbA1c of cholesterol gaat, kunnen risicoscores berekend worden. Wat in een bepaald geval de standaard ook adviseert, op goede gronden kan van de standaard worden afgeweken. Patiënten zijn individuen, aan wie huisartsen zorg op maat leveren.

Als patiënten weigeren het advies van de huisarts te accepteren en de huisarts heeft redenen om aan de autonomie van de patiënt te twijfelen, is allereerst diagnostiek noodzakelijk om na te gaan of patiënt de reikwijdte van zijn beslissingen kan overzien. In principe zal de huisarts bij deze overweging altijd de *vijf d's* uitsluiten: *depressie*, *dementie*, *delier*, *drugs* in de letterlijke betekenis van medicijnen, en *diversen*. Bij deze laatste categorie gaat het om andere oorzaken die de cognitieve toestand en daarmee het vermogen om zelf te beslissen nadelig kunnen beïnvloeden. Bij een enquête onder 214 gevestigde huisartsen en 114 huisartsen die werkzaam waren bij de universiteit in Quebec bleek dat het onderkennen van een depressie, verwardheid en autonomieverlies bij ouderen tot de top-vijf van 5111 moeilijke klinische problemen werden beschouwd.<sup>6</sup> Lichamelijke klachten kunnen een depressie maskeren.

Vooraf bij twijfel over autonomie zit de huisarts klem tussen de wensen van de patiënt en diens naasten en wordt hij in de rol van scheidsrechter gedwongen tussen ouder en kinderen, bij wie vaak angst en schuldgevoel een rol spelen. Met drang, laat staan dwang, komt de huisarts daar zelden uit.

De patiënt moet ervan opaan kunnen dat zijn huisarts hem steunt in zijn wensen en verlangens. Tijd vormt hierbij een onmisbaar instrument. De meeste beslissingen hoeven niet acuut genomen te worden. Door hiervoor de tijd te nemen kan door onderhandelen een oplossing gevonden worden.<sup>7</sup> Bovendien kan de huisarts de bezorgde kinderen of partner goed voorlichten en zo de door de patiënt gewenste besluitvorming faciliteren en doen accepteren. Tijd biedt ook mogelijkheden alternatieve, minder ingrijpende oplossingen te bedenken en te overwegen.

Als de patiënt volgens het oordeel van de huisarts voldoende in staat is autonome keuzen te maken, zal de dokter na voorlichting waarom een bepaalde diagnostiek of behandeling in haar ogen gewenst is, moeten accepteren dat een patiënt een voorgestelde behandeling weigert.

#### Literatuur

- 1 Wulff HR, Götzsche PC. Rational diagnosis and treatment. Evidence-based clinical decision-making. 3rd ed. Oxford: Blackwell and Science, 2000.
- 2 Beauchamp TL. Philosophical ethics. An introduction to moral philosophy, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1991.
- 3 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Beter (zonder) dwang? Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1997.
- 4 Bremberg S, Nilstun T. Patient's autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. Family Practice 2000;17:124-8.
- 5 Harms HH, De Reus H, Pootjes YG, Rooze HAH. Succesvolle behandeling na grimmig verzet van een bejaarde vrouw. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:201-3.
- 6 Leclerc H, Beaulieu MD, Bordage G, Sindon A, Couillard M. Why are problems difficult? General practitioners' opinions concerning 23 clinical problems. CMAJ 1990;143:1305-15.
- 7 Lamberts H, Okkes IM. Posttraditionele geneeskunde: onderhandelen over klacht, diagnose en therapie. Ned Tijdschr Geneesk 1999;143:2402-6.

## Intermezzo

De faam van Jan Arends berust grotendeels op zijn leven. Zijn bizarre hang naar het huisknechtschap bracht hem talloze malen in aanraking met struise meesteressen voor wie hij met het allergrootste plezier door het stof kroop. Hij schreef hierover de monoloog Keefman ('Ik heb hier in huis nog nooit een boterham gegeten waar geen snot op zat. En dat noem jij therapie') en poëzie. Een kort fragment:

Ik ben  
een pleister  
om mijn leven.

Als ik  
hem losmaak  
schreeuwt mijn verleden  
van pijn.

Ook de typografie maakt de eenzaamheid zichtbaar: korte regels in een witte zee van grotendeels blanco pagina's. Poëzie als een boom, even lang en mager als de auteur. Waardig maar kaal.