

---

# AUTONOMIE VAN DE PSYCHIATRISCHE PATIËNT

Morele kanttekeningen met betrekking tot de sociaal psychiatrisch verpleegkundige praktijk.

## Inleiding

Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zijn voornamelijk werkzaam bij een Riagg (84,3%, F. van Hoof, J. Wolf, Beroep SPV, blz. 12 1995).

Een van de kerntaken is de functie van crisisinterventor. In deze functie worden zij betrokken bij de oordeels- en besluitvorming aangaande de wet BOPZ<sup>1</sup>. Dit vraagt van hen de vaardigheid zich over morele vragen met betrekking tot de autonome positie van de sociaal psychiatrische patiënt, een oordeel te kunnen vormen.

In dit artikel richt ik mij op twee invalshoeken met betrekking tot het begrip autonomie, namelijk; autonomie als recht en autonomie als vermogen; uitgaande van de volgende vraagstelling:

Het spanningsveld tussen autonomie als recht en autonomie als vermogen van de (sociaal) psychiatrische patiënt.

Morele kanttekeningen met betrekking tot de sociaal psychiatrisch verpleegkundige praktijk!

## Een casus

Mevrouw H, is een 63-jarige, sinds 28 jaar gehuwde vrouw. Zij is bekend met een bipolaire stoornis. Haar bloeddruk is met name het laatste halfjaar verhoogd. In het verleden is zij diverse keren psychiatrisch opgenomen geweest, zowel vrijwillig als met een juridische maatregel. Patiënte kwam vier maanden terug bij de Riagg binnen

lopen en werd door de dienstdoende sociaal psychiatrisch verpleegkundige gezien in het kader van de crisisdienst. Opvallend was patiënte haar hypomane gedrag. Zij wilde een psychische gezondheidsverklaring, welke zij nodig had om haar familie te overtuigen van het feit dat zij niet "gek" was. Een coherent gesprek was met haar niet te voeren, patiënte bleek niet in staat tot

### *Paul van der Zee*

*Paul is sociaal psychiatrisch verpleegkundige/Gestalttherapeut en werkzaam als crisisinterventor bij de Riagg Zaanstreek/Waterland afdeling Volwassenen.*

het volgen en begrijpen van een eenvoudig gesprek. Zowel haar waarneming als haar denkproces bleken verstoord te zijn. De aandachtsboog was kort en ze bleek snel afleidbaar.

Vanaf dat moment zou patiënte in toenemende mate onder de aandacht blijven van de afdeling sociale psychiatrie. Uit de informatie van de huisarts, bleek dat zij vier maal daags bij hem op de praktijk kwam, om over haar situatie te praten. In het verleden werd zij medicamenteus behandeld met lithium carbonaat<sup>2</sup>, dit moest gestaakt

---

<sup>1</sup> *Bijzondere opnemingswet psychiatrische ziekenhuizen.*

---

<sup>2</sup> *Medicijn tegen manisch depressieve stemmingsstoornis.*

worden in verband met een intoxicatie. In de loop van de weken volgend op haar eerste bezoek, ontwikkelde zij een paranoïde waansysteem waarbij veelvuldig de naam van een van haar eerdere behandelaars opdook. Haar met name querulante gedrag maakte dat zij keer op keer van huisarts wisselde. Zij is uitvoerig bekend zowel bij de geneeskundige inspectie als het medisch tuchtcollege, vanwege het feit dat ze zich met enige regelmaat beklaagd over aantasting van haar recht op vrijheid!

Op verzoek van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige werd mevrouw meerdere keren door verschillende psychiaters beoordeeld voor een RM-procedure<sup>1</sup>, welke geen doorgang vond in verband met het ontbreken van voldoende gevaarscriteria.

Haar gedrag werd in de loop van de tijd steeds grimmiger. Zij wilde opeens gaan scheiden van haar 72-jarige echtgenoot en alleen gaan wonen. Zij koos daarvoor een in aanbouw zijnd tehuis voor lichamelijk gehandicapte kinderen.

Veelvuldig kwamen er signalen van huisarts(en), ambtenaren (burgerlijke stand en gemeentehuis), advocaten, maatschappelijk werk, familie en anderen, dat het niet goed ging met patiënte. Intussen gaf de echtgenoot aan de situatie niet meer onder controle te kunnen houden en met name de energie waarmee zijn echtgenote een en ander aanpakte hem en haar de das om zouden doen!

Tot zover, de casus;

laten we nu gaan kijken welk en wiens probleem aan de orde is?

### Het probleem

Mevrouw heeft recht op zelfbeschikking, als zijnde onaantastbaarheid van het menselijk lichaam (autonomie als recht). Indien zij een behandeling wil, dan dient zij hiervoor toestemming te geven, conform het gestelde in de WGBO<sup>2</sup>.

Wanneer wij (de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de psychiater) echter van mening zijn dat patiënte toch opgenomen dient te worden, dient dit plaats te vinden in het kader van de wet BOPZ, deze wet regelt twee belangrijke zaken, te weten;

- a) Een behoorlijke rechtsgang bij (voorgenomen) vrijheidsontneming (externe rechtsgang).  
Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige bestaat de bemoeienis in deze fase, alleen uit het regelen van een opname plaats.
- b) Regeling van de interne rechtspositie van de psychiatrische patiënt, wanneer deze eenmaal opgenomen is (interne rechtsgang).  
Hier krijgt de sociaal psychiatrisch verpleegkundige alleen mee te maken, wanneer de patiënt in zijn ontslagfase zit en eventueel voor nazorg naar de Riagg verwezen wordt.

Dit zegt nog niets over een eventuele dwangbehandeling, hiervoor gelden andere criteria, welke ik in het kader van dit artikel, buiten beschouwing laat. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de geschetste casus, komt met de patiënte in

<sup>1</sup> RM (= *rechtelijke machtiging, in feite foute benaming, bedoeld wordt voorlopige machtiging als bedoeld in artikel 2, eerste lid van de BOPZ*)

<sup>2</sup> *Wet geneeskundige behandel overeenkomst.*

contact lang voordat er sprake is van vrijheidsontneming, bedoeld als bij a. Het zijn met name de verpleegkundige interventies, die de verantwoording van het sociaal psychiatrisch verpleegkundig handelen aangeven:

Interventies dienen gericht te zijn op;

- Het voorkomen c.q., verminderen van gevaar op letsel van patiënte, dit ten gevolge van haar toenemende agitatie en daarbij passende bewegingsdrang.
- Het afwenden van op zichzelf of op anderen gericht geweld, welke met name worden ingegeven door patiënte haar waandenkbeelden.
- Het in stand houden van een normaal eet- en drinkpatroon, rekening houdend met de toegenomen activiteit en haar huidige lichamelijke gezondheidssituatie.
- Het gewijzigde waarnemings- en denkproces!

Bij de uitvoering komt er een moment van afweging, waarop de sociaal psychiatrisch verpleegkundige zich de morele vraag stelt, in hoeverre kan ik vanuit mijn autonome verpleegkundige attitude nog verantwoord begeleiding geven?

Ambulante begeleiding, heeft in deze casus zeer begrensde mogelijkheden, althans gezien vanuit de huidige hulpverlenings mogelijkheden. Het zal duidelijk zijn, dat er met betrekking tot de uitvoering van genoemde verpleegkundige interventies, ambulante de mogelijkheden zeer beperkt zijn!

De psychiater in de casus, heeft de rol van consulent beoordelaar met betrekking tot het ingang zetten van de wet BOPZ, indien ook hij van mening is dat ambulante behandeling niet meer verantwoord is en patiënte blijft bij een

weigering tot vrijwillige opname.

Welke de morele overwegingen tot dwangopname zijn, wordt sterk bepaald door de wijze waarop zowel de sociaal psychiatrisch verpleegkundige als de psychiater hun professie vorm geven. Allereerst dienen we nu te kijken naar het onderscheid tussen de autonomie van de patiënt als recht -en als vermogen.

### **Autonomie als recht en vermogen**

#### ***Autonomie als recht***

*Het recht op leven en het recht op lichamelijke integriteit staan er aan in de weg dat anderen dan de patiënt zelf, een door hem aangewezen vertrouwenspersoon of, in voorkomende gevallen, de arts in kwesties van leven en dood beslissen over het belang van de eerste" (H.D.G. Roscam Abbing "88).*

Ook hier zien we weer de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam in de morele betekenis, dat niemand ongevraagd aan iemand mag komen noch zich mag bemoeien met diens leven. In de wetgeving vinden we twee belangrijke uitvoeringsregelingen hieromtrent, de WGBO o.a. met de regel van informed consent en de BOPZ met mijn externe en interne rechtspositie.

In de literatuur wordt ook wel gesproken van negatief claimrecht; Een patiënt mag eisen dat iemand iets niet doet = weigering van behandeling.

Patiënten hebben vanuit hun autonomie recht op zelfbeschikking, hetgeen betekent dat artsen (en ook andere hulpverleners) het recht van hun patiënten om voor zichzelf te beslissen dienen te respecteren.

**Autonomie als vermogen**

*Welbewust en weloverwogen kiezen alvorens te handelen is er onverbreekelijk mee verbonden. Het individu staat voor die handelingen in en neemt er ook de verantwoordelijkheid voor. Iemand die autonoom handelt, kent de aard en voorziet de gevolgen van zijn handelen en handelt zo omdat hij dit zelf zo wil; en niet omdat anderen dit willen en sterke druk op het individu uitoefenen of om toe te geven aan een bijna niet te weerstane neiging.*

*Autonoom handelen betekent ook rationeel handelen, dat wil zeggen, op basis van een afweging van redenen. Bovendien geeft het individu door zo te handelen aan zijn vrijheid op een bijzondere en persoonlijke wijze gestalte en dat is cruciaal voor het onderscheid tussen vrijwillige en autonome handelingen (dit is essentieel als het gaat om opname bemiddeling door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters; toevoeging PvdZ).*

*Autonome handelingen zijn derhalve een speciaal soort vrijwillige handelingen; ze vormen er een deelverzameling van. Vrijwillige handelingen zijn hier minimaal gedefinieerd; je wordt niet gedwongen, je bent je bewust van wat je doet en je doet het omdat je het wil, al doe je het soms met tegenzin. Je doet het willens en wetens. Maar: willens en wetens doen impliceert niet een voorafgaande overweging, beslissing keuze of wat dan ook. Het willen en weten van het handelen gaat gelijk op met het doen. Daarom handelt een individu dat vrijwillig handelt intentioneel, maar nog niet doelbewust. (uit: Voor de patiënt, maar zonder de patiënt, R.P.J. Overvoorde in Handboek gezondheidsethiek 1988).*

Het bovenstaande citaat van Overvoorde, geeft duidelijk aan dat wanneer men autonoom wil handelen er sprake dient te zijn van **zowel intentioneel als doelbewust handelen**. Voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters en artsen is het dus van belang om deze twee-eenheid te betrekken in hun oordeelsvorming wanneer het gaat om een opname tegen de wil van de patiënt in.

Vrijheid kan onderscheiden worden in handelingsvrijheid, er zijn geen externe belemmeringen (autonomie als recht) en keuzevrijheid. Dit laatste wordt gelijkgesteld aan wilsvrijheid! Handelingsvrijheid wordt niet alleen in gegeven door iemands vermogen of karakter eigenschappen. Ook de omstandigheden waarin iemand zich bevindt is van belang. Zo kan iemand op de Riagg heel adequaat reageren en in zijn thuissituatie niet!

Is het belangrijk om vrij te zijn, om te kiezen wat men wil?

Met betrekking tot het begrip autonomie is dit zeker het geval, ik zal dit aan de hand van een voorbeeld van Feinberg (1986, blz. 64) uitleggen.

Een alcoholist kan een intens verlangen hebben ervoor te kiezen niet nog een borrel te drinken. Maar wanneer zijn gastheer hem nog een drankje aanbiedt constateert de alcoholist tot zijn wanhoop dat hij toch weer voor een borrel kiest.

Wilsvrijheid is dus van groot belang wanneer we het hebben over autonomie als vermogen.

Handelingsvrijheid wil geenszins zeggen dat er dan tevens sprake is van corresponderende keuze en/of wilsvrijheid. In het voorbeeld van de alcoholist is wel sprake van

handelingsvrijheid, maar de keuzevrijheid of wilsvrijheid ontbreekt. Waar we hier mee te maken hebben, is het gegeven van eerste en tweede orde-wensen.

In de vorming van wensen van de tweede orde manifesteert zich bij de mens het vermogen tot **reflexieve zelf-evaluatie**. Kijken we nog even naar het voorbeeld van Fijnberg dan zien we dat de eerste -orde wens object gericht is zowel materieel als immaterieel.

De eerste-orde materiële wens (een borrel) en de tweede, eerste -orde immateriële wens (wil om van de drank af te blijven).

De tweede-orde wens is een nieuwe wens gericht op zijn beide eerste-orde wensen.

Als hij in staat zou zijn een tweede-orde wens te ontwikkelen, dan wil hij dat een van de twee, eerste orde wensen in handelen wordt omgezet. Pas dan spreken we van wilsvrijheid en autonoom handelen.

Het ontbreekt onze patiënte in de casus aan reflexieve zelfevaluatie, zij is immers niet in staat door haar verstoorde waarneming en gewijzigd denkproces, haar omgeving op een juiste wijze te interpreteren. Haar bevattingsvermogen is duidelijk verminderd, wat bijvoorbeeld blijkt uit het feit dat zij in een tehuis wil gaan wonen voor gehandicapte kinderen, zij zichzelf ook als zodanig beschouwd en hierin niet te corrigeren valt. Hierdoor blijkt dat zij niet in staat is tot het formeren van tweede-orde wensen en kan daardoor haar handelen niet overzien. Zowel haar wens tot scheiding en verhuizing dienen vanuit dit standpunt bezien te worden.

### **Wat betekent dit voor de casus?**

Bij 'autonomie als vermogen' werd duidelijk aangegeven dat voor autonomie als vermogen reflexieve zelfevaluatie een noodzaak is. De in de casus genoemde patiënte en dat zal een ieder duidelijk geworden zijn, blijkt hiertoe niet in staat. Wel maakt zij gebruik van haar negatieve claimrecht, daarmee zijn we aangekomen, bij de vraag;

Mag je in deze situatie, uitgaande van een beroep op de professionele autonome status van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en op grond van de algemene hulpverlenings -en zorgplicht (WGBO) welke de sociaal psychiatrisch verpleegkundige heeft. Een inbreuk maken op het recht op zelfbeschikking (=autonomie als recht) gelet op patiënte's onvermogen tot willens en wetens, doelbewust handelen.

De vraag die zich nu voordoet is, of paternalistisch handelen geoorloofd is, en zo ja, hoe deze norm er dan uit komt te zien!

### **Paternalisme**

Musschenga geeft in navolging van Van Deveer de volgende omschrijving:

*Een actor (een persoon of een instantie) die:*

- 1 *voorbijgaat aan of ingaat tegen de wensen van degene die het object van de handeling is, en*
- 2 *daarbij uitdrukkelijk diens bestwil en belang op het oog heeft, handelt paternalistisch.*

Vrij vertaald, betekent paternalisme, voorbij gaan aan of ingaan tegen

iemands wensen in zijn eigen belang. De vraag dient zich dan direct aan of dit mag en kan.

Allereerst dient zich de vraag aan of het gerechtvaardigd kan zijn om iemands handelingsvrijheid te beperken omwille van die persoon zelf.

Dit kan en wordt vaak zichtbaar wanneer een patiënt in het kader van de wet BOPS opgenomen wordt in een psychiatrisch ziekenhuis. We spreken dan van de paternalisme norm, van Overvoorde formuleert dit als volgt:

X mag met het oog op het handelen van Y door middel van vrijheidsbeperkende maatregelen Y paternalistisch bejegenen, dan en slechts als:

- 1 door de paternalistische bejegening een ernstige schade voor Y voorkomen kan worden. (de primaire intentie);
- 2 de gekozen paternalistische machtsvorm in overeenstemming is met de bedoeling om Y zo snel mogelijk alsnog in staat te stellen om zelf willens en wetens een beslissing te nemen over het doen of laten van de betreffende handeling (de secundaire intentie).

Uitgaande van bovenstaande lijkt met betrekking tot de casus, paternalistisch handelen niet alleen geoorloofd, maar vanuit een goed hulpverlenersschap ook verplicht!

We dienen immers te voorkomen dat de gekozen verpleegkundige interventies niet uitgevoerd kunnen worden, dit in het belang en ter bescherming van de patiënt!

Uiteraard behoren hiertoe ook de personen vanuit haar directe omgeving. We komen dan op de toepassing van drang en dwang, dit vraagt om toetsing vanuit de professionele standaard van

de sociaal psychiatrisch verpleegkundige welke gelden bij de gekozen verpleegkundige interventies.

### **Toetsing van dwang in relatie tot verpleegkundige interventies:**

#### **Algemene toetsingscriteria;**

- 1) Is er een noodzaak: is er geen alternatief voorhanden, welke minder ingrijpend is?

In de door de psychiater in te vullen geneeskundige verklaring worden een aantal (8 stuks) omschrijvingen gegeven met betrekking tot het gevaarscriterium.

De patiënte in de casus voldoet aan:

- code -2; gevaar dat betrokkene maatschappelijk ten onder gaat.
- code -4; gevaar dat betrokkene, door haar hinderlijk gedrag, agressie van anderen tegen zichzelf zal oproepen.
- code -7; gevaar dat betrokkene een ander die aan haar zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.

Een minder ingrijpende manier zou medicamenteuze behandeling zijn, in combinatie met verpleegkundig psychiatrische thuiszorg. Het eerste wordt door patiënte geweigerd, het tweede behoort binnen onze regio (nog) niet tot de mogelijkheden.

Een tweede belangrijke specifieke taak van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige is dat de begeleiding zowel op de patiënt als op diens leef- en werkomgeving gericht dient te zijn. Patiënte haar echtgenoot dreigt onder de constante druk(te) van zijn echtgenote zelf te decompenseren, dit maakt afwendings naar het systeem als alternatief ongeschikt.

Een bijkomende factor is het feit dat de zorgbehoefte van patiënte groot is en dit vanuit de noodzakelijke verpleegkundige interventies met betrekking tot continuïteit van zorg, niet geboden kan worden.

#### 2) Effectiviteit:

Of het medisch zinvol is of patiënte opgenomen dient te worden is voor de uit te voeren verpleegkundige interventies niet van belang. De interventies vragen om constante begeleiding op zeer basale terreinen van het menselijk bestaan. Het evenwicht tussen activiteit en rust dient gestabiliseerd en verbeterd te worden. Hiervoor is een prikkelarme omgeving en hand in hand begeleiding een vereiste. Dit kan in de thuissituatie niet geboden worden. De gekozen verpleegkundige interventies rechtvaardigen een klinische opname. Dit zegt niets over de behandeling, deze vraag is vanuit verpleegkundige optiek ook niet interessant. Mijns inziens kan in deze casus geen sprake zijn van medisch zinloos handelen, omdat nadere diagnostiek vereist is (somatisch; schildklier en nierfunctie, voedingstoestand, lithiumspiegel enz.).

#### 3) Geringste kwaad:

Binnen de sociaal psychiatrische begeleiding dient steeds rekening gehouden te worden dat de mogelijkheid tot klinische crisisinterventie een noodzakelijk kwaad is, en een verpleegkundige interventie op zich kan zijn.

#### 4) Zorgvuldigheid: de uitoefening van dwang dient zorgvuldig te geschieden !

Wanneer eenmaal overgegaan wordt tot uitvoering van de wet BOPZ is het aan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, om de patiënt zo te

begeleiden dat deze zowel fysiek als mentaal zo min mogelijk schade op zal lopen. Zij bedienen zich hierbij van hun intramurale kennis- en vaardigheden met betrekking tot het separeren van patiënten. De uitvoering van de handeling dient te verlopen volgens een verpleegkundig protocol.

#### 5) Proportionaliteit: het toe te passen middel dient in verhouding te staan tot het doel van de opname!

Patiënten ervaren (zeker als er politie aanwezig is) na hun opname deze vaak als krenkend. Het is dan ook van groot belang dat zij per ambulance vervoerd worden onder begeleiding van een psychiatrisch verpleegkundige. Dit bekrachtigd de status van patiënt. Vervoer per politieauto is meestal aanleiding tot negatieve identificatie.

#### **Positie van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige**

Uit het voorgaande zal duidelijk geworden zijn, dat niet alleen de positie van de patiënte in het geding is, maar ook die van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de psychiater. De verantwoordelijkheid van de psychiater, als consulent met betrekking tot de casus lijkt duidelijk en is in ieder geval afgebakend. Slechts hij is in staat tot het ingang zetten van de BOPZ, door middel van het afgeven van een geneeskundige verklaring. Wat valt er nu te zeggen over de verantwoordelijkheid van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige? Wanneer we kijken naar de WGBO en de daarin verwoorde professionele standaard. Medisch gezien is de psychiater eindverantwoordelijke voor de behandeling. De voornoemde patiënte weigert medicamenten maar accepteert wel gesprekken met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

De vraag dient zich dan ook aan of de psychiater eindverantwoordelijk kan zijn voor een verpleegkundige zorg-relatie? In mijn visie op verplegen en de toepassing daarvan binnen de sociale psychiatrie kan dit niet. De zorg die een psychiater heeft voor zijn medische behandeling kan echter veel overlap vertonen met die van de sociaal psychiatisch verpleegkundige, beide kunnen elkaar wederzijds consulteren en aanvullen!

De vraag dient zich dan aan, of in de casus de sociaal psychiatisch verpleegkundige aangeklaagd zou kunnen worden (bijvoorbeeld door mevrouw haar echtgenoot of door de huisarts) op het verzuimen van de plicht tot goed hulpverlenerschap. Dit vanwege de discrepantie tussen het feit dat de sociaal psychiatisch verpleegkundige vanuit zijn professe opname als noodzaak ziet en de psychiater denkt onvoldoende gevaarscriteria te hebben om de BOPZ procedure in werking te stellen.

Een op zich interessante vraag, die natuurlijk erg hypothetisch aandoet, toch denk ik dat sociaal psychiatisch verpleegkundigen veel meer als nu het geval is zich dienen te buigen over hun professionele standaard.

Zowel de wet BIG<sup>1</sup> als de WGBO, geven sociaal psychiatisch verpleegkundigen meer autonome mogelijkheden tot het uitvoeren van hun beroep.

Zij dienen zich zeker binnen de sociale psychiatrie, waarbij dwang verpleging vaak een aanzet vindt, als zijnde een noodzakelijk kwaad, zich van hun bijzondere positie bewust te zijn en zich niet achter die van de psychiater te

verschuilen!

Het moreel kunnen verantwoorden van paternalistisch handelen in de geschetste casus vanuit een sociaal psychiatisch verpleegkundige optiek dient zowel vanuit de autonome positie van de patiënt als recht -en diens vermogen beoordeeld te worden. Intercollegiale toetsing zou daarbij een vereiste dienen te zijn! Dat daarbij de verpleegkundige interventies op gespannen voet kunnen komen te staan met die van de psychiater is een gegeven. Het verlenen van sociaal psychiatisch verpleegkundige zorg is nu eenmaal per definitie niet altijd medisch zinvol. Psychiaters (en ook sociaal psychiatisch verpleegkundigen) dienen zich in hun rol van consulent -beoordelaar, meer dan tot nu het geval is, te richten op de competentie van de psychiatrische patiënt. In plaats van alleen te kijken naar de wettelijk voorgeschreven gevaarscriteria! Hierbij is autonomie als vermogen een essentieel gegeven en dient deze op zijn waarde beoordeeld te worden. Sociaal psychiatisch verpleegkundigen hebben daarbij een belangrijke morele rol te vervullen vanuit een andere professionele standaard. Dit vereist respect voor elkaars autonome positie, pas dan is er mijns inziens sprake van multidisciplinaire samenwerking, in de ruimste zin van het woord. Kwaliteit van zorg is niet alleen een kwestie van wet- en regelgeving maar ook van attitude. Wanneer sociaal psychiatisch verpleegkundigen en psychiaters in staat blijven elkaars professionele attitude te waarderen en respecteren pas dan komen we met onze gezamenlijke begeleiding/behandeling in de buurt van de sociale psychiatrie in de betekenis die Querido en Trimbos er aan wilden geven!

<sup>1</sup> *Beroepen individuele gezondheidszorg.*

Op de studiedag van de NVSPV van 21 mei jl., was een van de thema's "Hoe de SPV zich ontwikkelt en zij haar autonome behandel functie begrenst ?" Dit bleek veel discussie op te roepen. Ik hoop dat dit artikel aan deze discussie een positieve bijdrage zal leveren en sta open voor reacties.

### Correspondentie

P. van der Zee  
Riagg Zaanstreek/Waterland  
Afdeling Volwassenen  
Postbus 1227  
1500 AE Zaandam

### Literatuur en bronvermelding

Arend, Arie J.G. van der (1992),  
Beroepscode, Morele kanttekeningen bij een  
professionaliseringsaspect van de verpleging.  
Maastricht/Meppel, Krips Repr.

Beaufort, I.D. de (1994)  
Trimbos-lezing. Over de ethiek van het bemoeien,  
Utrecht, NcGv.

Beaufort, I.D. de en H.M. Dupuis (red) (1988),  
Handboek gezondheidsethiek.  
Assen/Maastricht, Van Gorcum.

Berghmans, R. (1992)  
Om Bestwil, Paternalisme in de psychiatrie.  
Amsterdam, Thesis publishers.

Berghmans, R. (1990)  
Dwangtoepassing in de psychiatrie. Ethische  
kanttekeningen. In: H.A.M.J. ten Have e.a. (red),  
Ethiek en recht in de gezondheidszorg.  
Lochem, De Tijdstroom.

Feinberg, J. (1986),  
The moral limits of the criminal law, Vol. 3, Harm to  
self,  
New York/Oxford, Oxford university Press.

Festen, T. (1991)  
Handboek RIAGG-hulpverlening, Op inhoud en  
kwaliteit gerichte beschrijving van het RIAGG-  
hulpaanbod.  
Utrecht, NVAGG.

Henselmans, H. (1993)  
Bemoeizorg, ongevraagde hulp voor psychotische  
patiënten.  
Delft, Eburon.

Henselmans, H (1994)  
Het grijze gebied van de medische  
verantwoordelijkheid. In: MGZ 1430-1431,  
Utrecht, NcGv.

Hoof, F. en J. Wolf (1995)  
Beroep: SPV. Een onderzoek naar werk en  
toekomst perspectieven van sociaal-psychiatrisch  
verpleegkundigen.  
Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke  
volksgezondheid.

Legemate, J. Prof. Mr. (red) (1995)  
De WGBO van tekst naar toepassing.  
Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum.

Musschenga, A.W. (1987)  
Kwaliteit van leven, criterium voor medisch  
handelen?  
Baarn, Ambo.

Overvoorde, P.P.J. (1980)  
Voor de patiënt, maar zonder de patiënt.  
Paternalisme als medisch ethisch vraagstuk. In:  
Handboek Gezondheidsethiek, Beaufort, I.D. en  
H.M. Dupuis (red)  
Assen/Maastricht, Van Gorcum.

Van Deveer, D. (1986)  
Paternalistisch Intervention. The moral bounds of  
Benevolence. Princeton,  
New Jersey, Princeton University Press.

Roscam Abbing, H.D.C. (1988)  
Rechten van patiënten: Individuele en sociale  
grondrechten in de gezondheidszorg. In: Handboek  
Gezondheidsethiek, Beaufort, I.D. de en H.M.  
Dupuis (red)  
Assen/Maastricht, van Gorcum.

Peplau, H. E. P. (1988)  
Interpersonal Relations in Nursing.  
London, Macmillan Education LTD.

Querido, A.Prof. Dr. (1955)  
Inleiding tot een integrale geneeskunde,  
Leiden, H.E.Stenfert Kroese N.V.