

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25964>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

Zowel in de WGBO als in de Wet BOPZ is het recht om behandeling te weigeren vooropgesteld. Beide wetten kennen de gedwongen behandeling als uitzondering op die regel. Ondanks verschillen in woordgebruik hebben die uitzonderingen dezelfde strekking. In de ontwerpfase is de WGBO op dit punt bewust aan de Wet BOPZ aangepast om een ongerechtvaardigd onderscheid tussen BOPZ- en WGBO-patiënten weg te nemen. Daarmee werd echter de gedwongen opname door de WGBO niet gelegitimeerd. De wetgever heeft namelijk in het midden gelaten welke middelen toegestaan zijn bij verzet van een WGBO-patiënt. Ook in de kamerstukken wordt daar niet op ingegaan; de minister deelde simpelweg mee geen bezwaren tegen de aanpassing (van de WGBO aan de Wet BOPZ) te hebben. Kennelijk heeft men zich dus niet gerealiseerd dat ook een weigerachtige WGBO-patiënt eerst opgenomen moet worden (en daarna opgenomen moet blijven) om hem te kunnen behandelen. Dat is zowel bij somatische als bij psychiatrische patiënten een probleem omdat elke overeenkomst op het gebied van de geneeskunde in beginsel onder de WGBO valt. Uitgesloten zijn in dit verband slechts de onder dwang opgenomen psychiatrische patiënten – en dan alleen voorzover het de toepassing van psychiatrische middelen en maatregelen betreft (de BOPZ-patiënten).

Net zo min als Klijn kunnen wij de door haar gesignaleerde problemen oplossen. Zij suggereert dat wij de Wet BOPZ ervoor hebben gebruikt, maar dat is niet geheel juist. Bij de beslissing tot dwangopname heeft namelijk wel degelijk een rol gespeeld dat het gevaar zou kunnen worden afgewend door de opname en de daarmee beoogde behandeling van de psychiatrische stoornis. Weliswaar bleek dat achteraf niet mogelijk te zijn, maar de rechter kon dat niet weten toen hij zijn beslissing nam. Hij had waarschijnlijk anders geoordeeld als de onbehandelbaarheid van de psychiatrische stoornis van meet af aan had vastgestaan. In dat geval zou immers al op voorhand niet zijn voldaan aan de wettelijke eis dat het gevaar door de opname kon worden afgewend. Overigens is op grond van diezelfde redenering de vordering tot voortzetting van de machtiging inmiddels afgewezen.

Een apart onderwerp vormen de rechten van vrijwillig in een ziekenhuis opgenomen psychiatrische patiënten. Klijn noemt deze categorie in haar tweede stelling. Geldt voor hen een 'recht op dwangbehandeling'? Zij vallen zoals gezegd in beginsel onder de werking van de WGBO. Dat betekent dat zij in noodsituaties op grond van die wet tegen hun wil zowel somatisch als psychiatrisch kunnen worden behandeld. Verzet de patiënt zich echter tegen een maatregel die hem in zijn bewegingsvrijheid beperkt, dan komt de Wet BOPZ in beeld. Daarbij valt met name te denken aan opname op een gesloten afdeling. Een machtiging tot inbewaringstelling of voorlopige machtiging zal dan moeten worden aangevraagd om psychiatrische behandeling te legitimeren. De Wet BOPZ biedt deze patiënten wel de mogelijkheid om, voordat het zover is, zelf een rechterlijke machtiging te vragen. Wordt die verleend, dan gelden dezelfde regels als voor alle anderen die met een machtiging zijn opgenomen; ook dan bepaalt niet meer de WGBO, maar de Wet BOPZ of psychiatrische dwangbehandeling is toegestaan. Voor de rechten van de patiënt maakt dat uiteindelijk geen wezenlijk verschil, omdat de wetgever uitdrukkelijk heeft bedoeld beide regelingen op elkaar af te stemmen.

M.A.H. MONDEN
M.W. ZANDBERGEN

Hoorn, februari 1997

Naar aanleiding van het artikel van Monden en Zandbergen (1997;247-9) beschrijf ik hierbij een identieke patiënt die op een simpele manier tot andere gedachten gebracht werd, met

de vraag of auteurs deze aanpak hebben overwogen. De beschreven methode is goedkoop en al oud. Ik beschreef dit geval uit mijn huisartspraktijk in 1963:¹ 'De familie roept mij voor de heer A, oud 80 jaar, omdat opa, die alleen woont, een plekje heeft op de wang dat steeds groter wordt. Patiënt heeft een ulcus rodens; het voorstel deze afwijking te laten bestralen, wordt resoluut van de hand gewezen. "Een broer van mij moest ook bestraald worden en die was na drie maanden dood."

Inschakelen van de familie helpt niets. Op een zekere dag bestel ik een taxi: patiënt krijgt een brief mee voor een dermatologische kliniek, zijn dochter zal meegaan. Ook dit lukt niet, de chauffeur wordt naar huis gestuurd met een sigaar en de brief verdwijnt in de kachel. Na enkele weken krijg ik het denkbeeld de heer B naar de patiënt te sturen. Deze heeft twee jaar tevoren een ulcus rodens met succes laten bestralen. Het toeval wil dat hij even oud is als A, zij hebben zelfs op dezelfde dag moeten loten voor de militaire dienst. Na twee dagen krijg ik bericht van de familie dat opa zich wil laten bestralen.'

LITERATUUR

¹ Bremer GJ. Met hulp van de patiënt. Huisarts Wet 1963;6:360.

G.J. BREMER

Haren, februari 1997

Wij menen dat de door Bremer beschreven methode een vorm is die zeker is te overwegen en dat het een welkome aanvulling in de discussie is. Zelf hebben wij deze aanpak niet overwogen vanwege het vergevorderde stadium van het ulcus, omdat patiënte niemand toeliet en er bij haar sprake was van een waanstoornis.

M.A.H. MONDEN
M.W. ZANDBERGEN

Hoorn, februari 1997

Het congenitale angiodyplasiesyndroom van het type Klippel-Trenaunay; medische en psychologische aspecten

Bij het artikel van Van der Ploeg et al. (1996;2502-5) willen wij enkele kanttekeningen plaatsen.

In de inleiding wordt de naamgeving van het door Klippel en Trenaunay beschreven syndroom besproken en gewezen op de consensus om niet meer de naam van de beschrijvers te koppelen aan de combinatie van afwijkingen. Helaas gaan de auteurs voorbij aan de internationaal geaccepteerde classificatie zoals door Mulliken beschreven. De als compromis gelanceerde naamgeving 'congenitaal angiodyplasiesyndroom van het type Klippel-Trenaunay' (CADS-KT) zal juist de uniformiteit in terminologie tegengaan. In het artikel wordt gesteld dat de optredende varices bij CADS-KT 'om behandeling vragen, zeker wanneer ze klachten veroorzaken'. Van der Ploeg et al. bespreken de 'therapeutische elastische kous' als een laatste keus. Dit is in tegenspraak met de huidige aanpak van gespecialiseerde teams die juist als eerste compressieve behandeling propageren. Wanneer men voorbijgaat aan het feit dat er vaak afwijkingen bestaan in het veneuze systeem bij deze complexe vasculaire malformatie, vooral een onvolledig functionerend diep veneus stelsel, kan de toepassing van invasieve behandelingen desastreuze gevolgen hebben voor deze groep patiënten. Daar waar de auteurs de behandeling van dystrofie van de ledematen aanhalen, noemen zij alleen de mogelijkheden om de gevolgen van asymmetrie op te vangen. Bij vroegtijdige herkenning van het beeld in de jeugd kan evenwel asymmetrie worden bestreden door de epifysaire groei van het skelet

aan de zijde die te lang dreigt te worden voortijdig te beëindigen.

Bij de beschrijving van de gebruikte methode voor het uitgevoerde onderzoek is volgens ons een selectie doorgevoerd die het generaliseren van de onderzoeksresultaten voor alle patiënten niet toelaat. De geselecteerde 108 personen hebben zich georganiseerd in het kader van de gemeenschappelijke aandoening. Wanneer onderzoek wordt gedaan in deze geselecteerde groep, die slechts 10% omvat van alle getroffen individuen in de bevolking en die problemen met de medische en (of) psychologische facetten van de aandoening waarschijnlijk het meest ervaart, kan dit een vertekend beeld geven. Waarom de onderzoeksgroep met nog eens 9 patiënten uit het bestand van één van de auteurs werd aangevuld, is uit methodologisch oogpunt niet te begrijpen.

Bij de beschrijving van de gebruikte vragenlijst voor dit onderzoek is niet te achterhalen of er gebruik is gemaakt van complete gevalideerde tests. De aangehaalde referenties voor de gebruikte questionnaires, die voor een belangrijk deel afkomstig zijn van de auteurs zelf, zijn beperkt toegankelijk.

Vanwege dit alles hebben de conclusies, voorzover die uit het onderzoek kunnen worden getrokken, alleen betrekking op de geselecteerde onderzoeksgroep. De algemene opmerkingen die in de slotafsluiting worden verwoord, kunnen enerzijds niet worden gefundeerd op het besproken onderzoek en zijn anderzijds weinig specifiek voor alle patiënten met deze complexe congenitale vasculaire malformatie. Onderzoek in de wetenschappelijke literatuur kon geen publicatie over psychologische aspecten bij deze malformatie aan het licht brengen, zo brengen de auteurs in de tweeledige motivatie voor dit onderzoek naar voren. Hierin hebben de auteurs verandering gebracht. In de door hen gevulde behoefte aan informatie over psychosociale aspecten en kwaliteit van leven bij CADs-KT is naar onze mening niet voorzien.

Namens de werkgroep
Hemangiomen en
Congenitale Vasculaire
Anomalieën Nijmegen,
C. BOETES
A. P. M. BOLL
P. H. M. HARTMAN
C. G. VAN OOSTROM
P. N. M. A. RIEU
M. DE ROOIJ
P. H. M. SPAUWEN
P. M. STEIJLEN

Nijmegen, januari 1997

Wij danken collegae Boetes et al. voor hun reactie. Zoals in ons artikel is gesteld, hebben wij tegemoet willen komen aan de wens om de vasculaire malformatie niet meer primair de naam van de beschrijvers te geven en in de terminologie de klinische varianten te betrekken. Daarbij is door ons de naam 'congenitale angiodyplasiesyndroom van het type Klippel-Trenaunay' (CADs-KT) voorgesteld ter vervanging van 'syndroom van Klippel-Trenaunay'. Daarbij hebben wij de gecombineerde vasculaire malformaties willen samenvatten onder het woord 'angiodyplasie'. Dat deze naamgeving uniformiteit in terminologie zou tegengaan, achten wij onjuist.

De tweede opmerking onderstreept de noodzaak van grondig vasculair onderzoek voorafgaand aan mogelijke behandeling van varices. De goede lezer zal uit de tekst op pagina 2503 kunnen opmaken dat behandeling met elastische kousen bepaald niet als laatste keus wordt beschouwd. De derde opmerking, over asymmetrie van de ledematen en het beëindigen van epifysaire groei, kan gezien worden als een aanvulling.

Boetes et al. suggereren vervolgens dat de door ons onderzochte groep door selectie een vertekend beeld kan hebben gegeven. Hun suggestie dat een zodanig samengestelde groep (leden van een patiëntenvereniging) 'problemen met de medische en (of) psychologische facetten van de aandoening waarschijnlijk het meest ervaart' is echter niet gebaseerd op enig wetenschappelijk onderzoek.

Zoals in de tekst op pagina 2504 en bij de referenties op pagina 2505 is vermeld, is gebruikgemaakt van gepubliceerde tests met bekende validiteit en betrouwbaarheid.

Tot slot stellen briefschrijvers dat niet voorzien is in informatie over psychosociale aspecten en kwaliteit van leven bij CADs-KT. Hun stellingname suggereert dat zij de boodschap in het artikel niet echt willen horen. Wij blijven benadrukken dat de patiënten steun verdienen en moeten worden geholpen met het omgaan met de symptomen van CADs-KT, zoals pijn en belemmeringen bij de dagelijkse bezigheden.

M. N. S. VAN DER PLOEG
R. F. H. J. HULSMANS
H. M. VAN DER PLOEG
T. H. M. STARINK
J. D. VAN DER PLOEG-STAPERT
G. E. J. AELVOET

Amsterdam, februari 1997

Een patiënt met een onbegrepen lage concentratie 'high-density'-lipoproteïnecholesterol

Het artikel van Castro Cabezas et al. (1997;200-2) geeft aanleiding tot het stellen van enkele vragen:

– Hebben de patiënt en zijn broer toestemming gegeven voor de bekendmaking van de casus, die weliswaar geanonimiseerd is, maar waarbij uiterst vertrouwelijke gegevens worden gepubliceerd? Het gaat hier om het feit dat de broer de hulpverlener liet weten dat de patiënt 'troep' gebruikte, die hij verkreeg van de sportschool (anabole steroïden).

– De auteurs schrijven dat het mechanisme van verlaging van de 'high-density'-lipoproteïne (HDL)-cholesterolconcentratie door anabole steroïden 'waarschijnlijk inductie van het hepatisch lipase' is. Lag het dan niet voor de hand dat de auteurs dit zouden onderzoeken door de serumactiviteit van hepatisch lipase te bepalen?

– Indien het hepatisch lipase de omzetting van HDL₂ in HDL₃ bevordert, zou dit moeten blijken uit een verandering in de verhouding tussen de concentraties van HDL-cholesterol en apolipoproteïne A-I, terwijl waarschijnlijk ook de 'very-high-density'-lipoproteïneconcentratie zou zijn toegenomen. Het is jammer dat de auteurs dit niet hebben onderzocht of niet gemeld hebben in hun publicatie.

D. O. E. GEBHARDT

Oegstgeest, februari 1997

Wij beantwoorden de vragen van collega Gebhardt in de volgorde waarin hij ze heeft gesteld:

– Zoals blijkt uit ons artikel is toestemming van patiënt gekregen om zijn familie te benaderen voor familieonderzoek. Het is gebruikelijk binnen onze afdeling eerst de patiënt te verzoeken om contact te zoeken met zijn familie en toestemming van alle betrokkenen te vragen voordat de adressen aan ons worden doorgegeven. Het onderzoek heeft derhalve plaats gevonden met toestemming van alle betrokkenen. Wij zijn gewend uit te leggen dat de resultaten van een dergelijk onderzoek niet direct hoeven te leiden tot een andere behandeling van de individuele patiënt, maar dat ze ons en andere collegae wel meer inzicht kunnen geven in de onderzochte problemen. Vanzelf-