

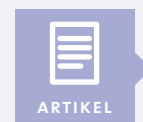
# Een ethische reflectie op bemoeizorg in de geestelijke gezondheidszorg

A. LIÉGEOIS, M. ENEMAN

- ACHTERGROND** Zorgverleners hebben een tegenstrijdige maatschappelijke opdracht om de autonomie van mensen met psychiatrische problemen te respecteren én tegelijk, indien nodig, hun bemoeizorg te bieden.
- DOEL** Ethisch reflecteren over hoe bemoeizorg op een verantwoorde wijze kan worden geboden.
- METHODE** De ethische reflectie is gebaseerd op het ethisch advies van de begeleidingscommissie ethiek in de geestelijke gezondheidszorg bij de Broeders van Liefde in Vlaanderen. De ethische methodologie is een combinatie van ethische discussie en literatuurstudie.
- RESULTATEN** Een goed uitgangspunt is een relationele mensvisie die de nadruk legt op verbondenheid en betrokkenheid. Bijgevolg begint bemoeizorg met het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Van daaruit gaan mensen met psychiatrische problemen, naastbetrokkenen en zorgverleners om met hun verantwoordelijkheid. Er is een gradatie in verantwoordelijkheid op een continue lijn van eigen, over gedeelde, naar plaatsvervangende verantwoordelijkheid. Op basis daarvan is er ook een gradatie in bemoeizorg: van zich beschikbaar stellen en informeren, via adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten, tot overnemen en dwingen.
- CONCLUSIE** De zorgverleners kiezen in dialoog en op een overwogen en consequente manier voor de gepaste vorm van bemoeizorg die aansluit bij de graad van verantwoordelijkheid die de persoon met psychiatrische problemen kan opnemen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)2, 103-110

**TREFWOORDEN** autonomie, bemoeizorg, dwang, verantwoordelijkheid, vertrouwensrelatie



Bemoeizorg is een relatief nieuwe naam voor een vorm van vermaatschappelijking van geestelijke gezondheidszorg. In Vlaanderen is bemoeizorg meer in de aandacht gekomen naar aanleiding van artikel 107 van de Ziekenhuiswet, een artikel dat een verschuiving van residentiële psychiatrische zorg naar psychiatrische thuiszorg realiseert door de financiering te regelen van mobiele, interdisciplinaire teams die outreachende psychiatrische zorg in de thuissituatie verlenen. In dit artikel gaan we in op de vraag hoe zorgverleners bemoeizorg op een ethisch verantwoorde manier kunnen bieden. We vatten bemoeizorg breed op, namelijk als zorg waarbij de zorgverleners zich niet alleen in een ambulante of thuissituatie, maar ook in een residentiële context 'bemoeien' met mensen met psychiatrische problemen.

## Ethisch advies

De ethische reflectie gebeurt aan de hand van het advies van de begeleidingscommissie ethiek in de geestelijke gezondheidszorg van de Broeders van Liefde in Vlaanderen over bemoeizorg (Begeleidingscommissie 2014). Voor het opstellen van het advies koos de commissie voor een ethische methodologie waarin ethische discussie en literatuurstudie gecombineerd worden. Aan de discussie namen 25 ervaren en deskundige zorgverleners deel. Ze vertegenwoordigden de verschillende beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg, de verschillende werkcontexten zoals residentiële en thuiszorg, en de 13 psychiatrische centra van de Broeders van Liefde in Vlaanderen. Wij speelden in deze commissie een coördinerende en redigerende rol.

**WERKWIJZE**

De gevolgde ethische methode bestond uit de volgende stappen. Eerst formuleerden de leden van de begeleidingscommissie een aantal stellingen vanuit hun morele intuïties en praktijken. Deze stellingen zijn een belangrijk uitgangspunt voor een praktijkgerichte ethische reflectie. Ze werden geïnventariseerd, gescoord en geclusterd. Ze werden verhelderd en kritisch besproken tijdens de discussies in de begeleidingscommissie.

Daarna verrichtten wij een literatuurstudie over bemoeizorg uit. Vervolgens confronteerden wij in de discussie de leden van de begeleidingscommissie met de inzichten uit de literatuur. Wij stelden een ontwerpadvies op dat een synthese tot stand bracht tussen de ethische discussie en de literatuur. Hierna werd het ontwerpadvies opnieuw in het discussieforum besproken en geamendeerd.

Een belangrijke, volgende stap was het voorleggen van het nieuwe ontwerpadvies aan zorgverleners uit de residentiële en de thuiszorg, aan vertegenwoordigers van de patiënten- en familieorganisaties, en aan de deelnemers van een studiedag over bemoeizorg op 22 mei 2014 te Gent. Hun opmerkingen werden geïnventariseerd. Ten slotte werden deze opmerkingen verwerkt en werd het advies opnieuw besproken en geamendeerd totdat de leden van de begeleidingscommissie kwamen tot een consensus over het definitieve advies. Het hele proces vond plaats in een discussieforum dat open en vrij was zodat de deelnemers werkelijk hun mening naar voren konden brengen, los van druk van gezag of functie. De hiernavolgende ethische reflectie op bemoeizorg is op dit advies gebaseerd.

**BEPERKINGEN**

Het ethisch advies heeft een aantal beperkingen. Ten eerste geeft het advies geen psychiatrische visie op bemoeizorg, maar beperkt het zich tot de ethische aspecten ervan, wat precies het doel van het advies is. Ten tweede bestaat er weinig specifiek ethische literatuur over bemoeizorg. Ten slotte is de ethische discussie in de begeleidingscommissie beïnvloed door de zorgcultuur en het aandeel van residentiële zorg in de groep van de Broeders van Liefde. Dit werd verholpen doordat ook medewerkers uit de thuiszorg tot de begeleidingscommissie behoren en doordat het ontwerpadvies aan externe zorgverleners en organisaties werd voorgelegd.

**Probleemstelling**

‘Bemoeizorg’ is een lastige term omdat bemoeien betekent: ‘je bezighouden met iets waarmee je niets te maken hebt’. Dit staat haaks op het aanvoelen dat we andere mensen moeten respecteren in hun autonomie en hun privacy. Alternatieve termen zijn: proactieve zorg, assertieve zorg,

**AUTEURS**

**AXEL LIÉGEAIS**, ethicus, hoogleraar, faculteit Theologie en Religiewetenschappen, KU Leuven, en stafmedewerker, Broeders van Liefde, Gent.

**MARC ENEMAN**, psychiater en hoofdarts, Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus, Bierbeek, en stafmedewerker, Broeders van Liefde, Gent.

**CORRESPONDENTIEADRES**

Prof.dr. Axel Liégeois, Faculteit Theologie en Religiewetenschappen, Sint-Michielsstraat 4, bus 3101, B-3000 Leuven, België

E-mail: axel.liegeois@kuleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-9-2016.

aanklampende zorg, parentale zorg of parentalisme. De eerste twee termen focussen op een positief aspect van bemoeizorg en verbloemen daardoor de problematiek van het bemoeien. De term ‘aanklampende zorg’ drukt enkel het aandringende aspect van zorg uit. De laatste twee termen zien zorg zoals in ‘goed ouderschap’, maar roepen associaties op met paternalisme dat onvoldoende uitgaat van de gelijkwaardigheid van mensen.

Daarom blijven we kiezen voor de term ‘bemoeizorg’ (Henselmans 1973). Deze term geeft goed aan dat deze vorm van zorg niet evident, maar toch verantwoord kan zijn, en zelfs noodzakelijk in bepaalde situaties. Deze lastige term daagt ons als het ware voortdurend uit om deze zorg te verantwoorden, op een verantwoorde wijze toe te passen en te evalueren. We definiëren bemoeizorg als: ‘ongevraagde zorg vanuit betrokkenheid op mensen met psychiatrische problemen die zorg op een zorgwekkende manier mijden; deze zorg is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van deze mensen en/of het vermijden van overlast bij anderen’ (Begeleidingscommissie 2014).

**CRITERIA VOOR BEMOEIZORG**

We verklaren de verschillende bestanddelen van deze definitie en leiden er drie criteria uit af waar de doelgroep van bemoeizorg tegelijk aan moet voldoen.

Een eerste criterium is dat de beoogde mensen onvoldoende kwaliteit van leven hebben en/of overlast veroorzaken; zo niet, dan is er geen voldoende reden om zorg te bieden. Het verhogen van de kwaliteit van leven is de kernopdracht van de geestelijke gezondheidszorg, terwijl

het vermijden van overlast een opdracht vanuit de maatschappij is.

Een tweede criterium is dat deze onvoldoende kwaliteit van leven en/of deze overlast hun oorsprong vinden in de psychiatrische problematiek; zo niet, dan is het aan andere instanties om deze mensen hulp te bieden.

Een derde criterium is dat deze mensen zorg op een zorgwekkende manier mijden; zo niet, dan is er geen specifieke 'bemoeizorg' in de zin van ongevraagde zorg nodig, maar enkel 'gewone zorg'. Belangrijk bij dit alles is dat de zorgverleners deze ongevraagde zorg bieden vanuit een grondhouding van menselijke betrokkenheid.

We zijn er ons van bewust dat deze criteria ruimte laten voor verschillende interpretaties. Kwaliteit van leven is immers een moeilijk te omschrijven concept, met zowel een maatschappelijk gekleurde ondergrens, als een persoonlijke interpretatie van deze ondergrens en van het eigen welbevinden. De overlast en het zorgwekkende karakter van het zorg mijden worden vooral bepaald door het perspectief van de zorgverleners en de maatschappij. Ook de aard en de ernst van de psychiatrische problemen zijn voor verschillende interpretaties vatbaar. Toch zijn de zorgverleners niet overgeleverd aan willekeur. Ze kunnen de psychiatrische problematiek vaststellen aan de hand van professionele diagnostische instrumenten, en dit in interdisciplinair overleg en in dialoog met de persoon met psychiatrische problemen en zijn of haar omgeving.

### MAATSCHAPPELIJKE UITDAGING

Bemoeizorg is een uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg (van de Lindt 2007; Mulder & Kroon 2009). Bij de vermaatschappelijking van zorg wordt de persoon met psychiatrische problemen gezien als een autonoom individu dat het recht heeft om zijn of haar eigen keuzes te maken en als een vrije burger die het recht heeft om aan het maatschappelijk leven te participeren. Daarmee geeft de maatschappij een tegenstrijdige opdracht aan de geestelijke gezondheidszorg: enerzijds de vrijheid en autonomie van mensen met psychiatrische problemen respecteren, en anderzijds, indien nodig, hun ongevraagde zorg of bemoeizorg bieden om hun kwaliteit van leven te verbeteren en/of om overlast in de maatschappij te vermijden. Het doel van ons artikel is dan ook ethisch te reflecteren over hoe de zorgverleners bemoeizorg op een verantwoorde wijze kunnen bieden.

### Relationele mensvisie

Om op deze maatschappelijke uitdaging te antwoorden, ging de begeleidingscommissie ethiek uit van een relationele visie op de mens. Het is immers eigen aan ethiek om kritisch te reflecteren op een menselijke praktijk vanuit

een fundamentele visie op de mens. De begeleidingscommissie opteert voor een relationele mensvisie. Dit is een overwogen optie zonder te miskennen dat er andere uitgangspunten mogelijk zijn.

De verantwoording van deze mensvisie is dat niet alleen de autonomie van mensen, maar evenzeer de wederzijdse verbondenheid van mensen met elkaar en met hun omgeving behoort tot de essentie van het mens-zijn (van Heijst 2005). Uiteraard streven mensen naar zelfstandigheid in hun leven. Maar mensen zijn evenzeer door hun onderlinge relaties wederzijds met elkaar en met hun omgeving verbonden. Uit deze feitelijke wederzijdse verbondenheid volgt dat ze betrokken zijn op elkaar.

Betrokkenheid is een attitude waarbij mensen het gevoel en het besef hebben dat ze bij elkaar horen en met elkaar verbonden zijn. Deze attitude is ethisch niet neutraal. Ze leidt tot het engagement om de consequenties van die verbondenheid te dragen. Een belangrijke consequentie is juist dat mensen verantwoordelijkheid dragen voor elkaar. Dit betekent dat ze door het mens-zijn van de ander opgeroepen worden om die ander te respecteren, de nodige zorg te bieden, en niet te schaden. Het verantwoordelijk zijn voor de ander heft echter de eigen verantwoordelijkheid van die ander niet op (Liégeois 2014). Het is een verantwoordelijkheid om de verantwoordelijkheid van de ander te bevorderen.

### Naastbetrokkenen

Omdat mensen met een psychiatrische problematiek meestal verbonden zijn met mensen in hun omgeving, is het belangrijk om ook deze laatsten in de bemoeizorg te betrekken. Sommigen van deze betrokkenen zijn 'naastbetrokkenen'. Dit betekent dat ze een vertrouwensrelatie hebben en de belangen van de persoon met psychiatrische problemen behartigen. Naastbetrokkenen zijn ruimer dan familie, en omgekeerd zijn niet alle familieleden naastbetrokken. De naastbetrokkenen kunnen een heel belangrijke rol spelen in de bemoeizorg en het is wenselijk dat de zorgverleners hen zo veel mogelijk bij de zorg betrekken. Dit is slechts mogelijk indien de persoon met psychiatrische problemen ermee akkoord gaat of er zich minstens niet tegen verzet. Als die persoon de naastbetrokkenen niet bij de zorg wil betrekken terwijl de zorgverleners dit wel belangrijk of zelfs noodzakelijk vinden, dan nemen de zorgverleners dit op als een element van bemoeizorg. Ze motiveren en argumenteren waarom ze de rol van de naastbetrokkenen belangrijk vinden, maar luisteren evenzeer naar de wensen en motieven van de persoon met psychiatrische problemen. Als ze niet tot overeenstemming komen, kunnen de zorgverleners de naastbetrokkenen niet bij de bemoeizorg betrekken.

Er is echter wel een uitzondering, namelijk indien er een dreiging van ernstige schade is aan de gezondheid of integriteit van de persoon met psychiatrische problemen, de naastbetrokkenen of anderen, en de naastbetrokkenen een rol kunnen spelen in het voorkomen van deze schade (Liégeois & Eneman 2004). In de rest van het artikel vermelden we niet telkens de naastbetrokkenen in de bemoeizorg. We gaan ervan uit dat de zorgverleners hen in de bemoeizorg betrekken voor zover de persoon met psychiatrische problemen daarmee instemt.

### Opbouw van vertrouwensrelatie

Uit een relationele mensvisie volgt dat zorgverleners bij bemoeizorg beginnen met het scheppen van verbondenheid en betrokkenheid door het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de persoon met psychiatrische problemen (Begeleidingscommissie 2014). Vanaf de aanvang leggen de zorgverleners op een transparante wijze uit wie ze zijn, wat hun opdracht is en hoe ze omgaan met vertrouwelijke informatie. Ze zoeken naar mogelijke zorgvragen bij de persoon met psychiatrische problemen (Baart & Grypdonck 2008). De zorgverleners plaatsen daarbij hun eigen zorgaanbod 'tussen haakjes' om zich te richten op de leefwereld en beleving van die persoon. Ze streven ernaar die persoon te benaderen vanuit zijn of haar eigen perspectief. Zo tonen ze hun betrokkenheid. Wat is er belangrijk voor die persoon? Wat staat er voor hem of haar op het spel? Wat zijn winstpunten en mogelijks verliespunten? Vanuit die vragen zoeken de persoon met psychiatrische problemen en de zorgverleners samen in dialoog naar een passend antwoord. De zorgverleners dienen zich aan als 'bondgenoten' die samen met die persoon willen zoeken naar een antwoord op zijn of haar vragen. Ze nemen samen initiatieven die iets aan zijn of haar levenssituatie op een positieve manier veranderen. Belangrijk is dat deze initiatieven ervaren worden als een winstpunt. Zo voelt die persoon aan dat zijn of haar levenssituatie kan veranderen en dat dit niet tegen zijn of haar wensen hoeft te zijn, maar juist aan die wensen tegemoetkomt.

Op deze manier proberen de zorgverleners in dialoog vanuit het opgebouwde vertrouwen de persoon met psychiatrische problemen aan te zetten eigen verantwoordelijkheid te nemen ('responsabiliseren'): zij dagen die persoon uit om iets aan zijn of haar situatie te veranderen en daartoe eigen verantwoordelijkheid op te nemen.

### Gradaties van beslissingsbekwaamheid

Het opnemen en delen van verantwoordelijkheid door zorgverleners, de persoon met psychiatrische problemen en naastbetrokkenen vormt de ethische verantwoording van bemoeizorg. Tegelijk is deze bemoeizorg gericht op het

bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van de persoon met psychiatrische problemen.

We kunnen verschillende gradaties van verantwoordelijkheid onderscheiden die afhangen van de mate waarin de persoon met psychiatrische problemen die eigen verantwoordelijkheid kan opnemen. De mogelijkheid om verantwoordelijkheid op te nemen, hangt op zijn beurt af van zijn of haar wilsbekwaamheid of beslissingsbekwaamheid. Dit is het vermogen om overwogen en verantwoorde beslissingen te nemen (Doorn 2009; Liégeois 2014). Omdat beslissingen hierin centraal staan, verkiezen we de term 'beslissingsbekwaamheid' boven 'wilsbekwaamheid'.

Beslissingsbekwaamheid is geen zwart-witconcept. Het is een gradueel concept, dat we kunnen plaatsen op een continue lijn van voldoende beslissingsbekwaam, via gedeeltelijk beslissingsbekwaam tot onvoldoende beslissingsbekwaam of zelfs volledig beslissingsonbekwaam. Beslissingsbekwaamheid is ook een specifiek concept, zowel in de tijd als naar het levensdomein. Iemand kan niet voldoende beslissingsbekwaam zijn op het ene moment, maar wel op een ander moment. Bovendien kan die persoon niet voldoende beslissingsbekwaam zijn voor het ene levensdomein, maar wel voor een ander levensdomein.

De beslissingsbekwaamheid is afhankelijk van het begrips- en oordeelsvermogen. Het begripsvermogen betekent dat de persoon informatie kan begrijpen en inzicht heeft in zijn of haar situatie. Het oordeelsvermogen betekent dat de persoon een overwogen en verantwoorde beslissing kan nemen door de voor- en nadelen af te wegen. Die beslissing kan anders zijn dan wat de zorgverleners zouden beslissen.

Bij het evalueren van de beslissingsbekwaamheid gaat het niet zozeer om de inhoud van de beslissing, maar vooral om de motivering ervan. Indien de inhoud centraal zou staan, dan zouden de zorgverleners het risico lopen de persoon met psychiatrische problemen beslissingsonbekwaam te verklaren omdat hij of zij een andere beslissing neemt dan zijzelf zouden nemen. Daarom staat de motivering van de beslissing voorop bij beslissingsbekwaamheid. Deze motivering moet begrijpelijk en invoelbaar zijn voor mensen met 'gezond verstand' en een welwillende empathie.

Hier komen we aan een cruciaal probleem: er bestaat geen objectief beoordelingsinstrument voor beslissingsbekwaamheid. Empirische instrumenten kunnen een goed hulpmiddel zijn, maar ze zijn nooit volledig objectief. De instrumenten bevatten immers zelf keuzes over wat wel en niet beoordeeld wordt. Bovendien maken de personen die de instrumenten gebruiken keuzes in hoe zij de gegevens van de persoon met psychiatrische problemen interpreteren.

Daarom is de dialoog tussen de verschillende betrokken partners de beste weg om de beslissingsbekwaamheid te evalueren. Het is de bedoeling dat in een dergelijke dialoog het subjectieve oordeel van de ene bijgestuurd wordt door het subjectieve oordeel van de andere en dat er zo een vorm van intersubjectiviteit ontstaat. De betrokken partners zijn dan zowel de persoon met psychiatrische problemen, de naastbetrokkenen als de zorgverleners in interdisciplinair overleg.

### Gradaties van verantwoordelijkheid

Op basis van de beslissingsbekwaamheid en dus van de mate waarin de persoon met psychiatrische problemen eigen verantwoordelijkheid kan opnemen, kunnen we verschillende vormen van verantwoordelijkheid onderscheiden (Liégeois 2014). Er is een gradatie in de verantwoordelijkheid op een continue lijn van eigen verantwoordelijkheid, via gedeelde naar plaatsvervangende verantwoordelijkheid.

Aan de ene zijde van de continue lijn staat de eigen verantwoordelijkheid van de persoon met psychiatrische problemen die voldoende beslissingsbekwaam is. Zorgverleners hebben de taak die persoon te stimuleren om de eigen verantwoordelijkheid op te nemen. Hun verantwoordelijkheid mag immers die eigen verantwoordelijkheid niet beperken, maar wel ondersteunen en bevorderen. De persoon met psychiatrische problemen heeft verantwoordelijkheid voor het eigen leven en in zekere mate ook voor de andere mensen met wie hij of zij verbonden is.

Aan de andere zijde van de continue lijn van verantwoordelijkheid staat de plaatsvervangende verantwoordelijkheid van de zorgverleners voor de persoon met psychiatrische problemen die onvoldoende beslissingsbekwaam is of zelfs volledig beslissingsonbekwaam. Zorgverleners

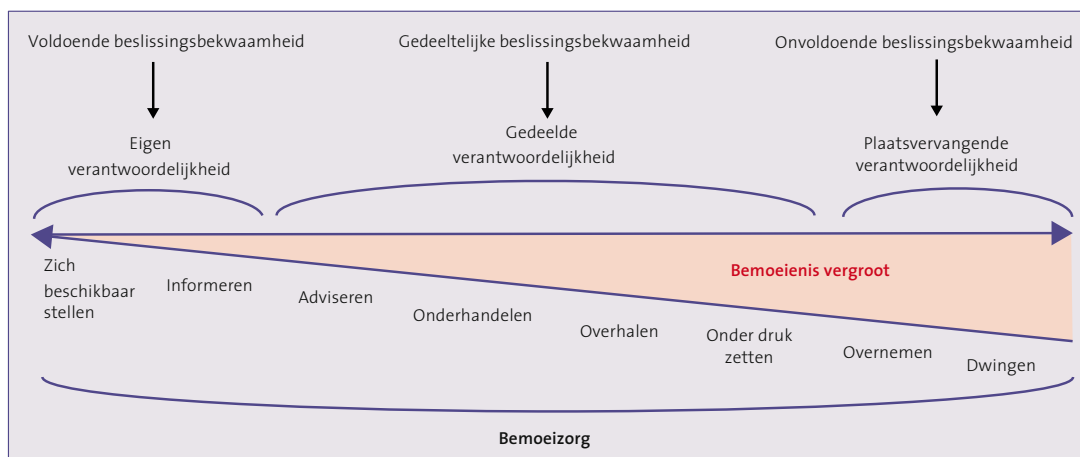
hebben in bepaalde situaties de taak om plaatsvervangend de verantwoordelijkheid van die persoon over te nemen op de momenten en voor de levensdomeinen waarop deze onvoldoende beslissingsbekwaam is. Omdat de bemoeienis groot is, is dit een vergaande vorm van bemoeizorg. Daarom gaan de zorgverleners zo veel mogelijk in dialoog met de wettelijke vertegenwoordiger van de persoon met psychiatrische problemen.

Tussen de eigen verantwoordelijkheid en de plaatsvervangende verantwoordelijkheid is er een gradatie van gedeelde verantwoordelijkheid bij personen met psychiatrische problemen die gedeeltelijk beslissingsbekwaam zijn op een bepaald moment en voor een bepaald levensdomein. Een gradueel concept van gedeelde verantwoordelijkheid creëert ruimte voor bemoeizorg zonder de betrokkene de eigen verantwoordelijkheid te ontnemen noch hem of haar te overvragen.

### Gradaties van bemoeizorg

De verschillende gradaties in de gedeelde verantwoordelijkheid leiden tot verschillende gradaties in de bemoeizorg. Op deze graduele lijn onderscheiden we verschillende vormen van bemoeizorg die evolueren naar een steeds grotere bemoeienis: van zich beschikbaar stellen en informeren, via adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten, tot overnemen en dwingen (Tielens & Verster 2010; Begeleidingscommissie 2014). Deze graduele lijn biedt een antwoord op de probleemstelling van de bemoeizorg, namelijk het spanningsveld tussen het respecteren van autonomie enerzijds en het bieden van ongevraagde zorg anderzijds. De eerste vormen van bemoeizorg respecteren meer de autonomie, de verdere vormen van bemoeizorg bieden meer zorg op ongevraagde wijze. Al deze vormen van bemoeizorg zijn waardevol in een bepaalde situ-

**FIGUUR 1** Gradaties van bemoeizorg



atie. Geen enkele vorm van bemoeizorg is a priori beter dan de andere. Naargelang de situatie kunnen de zorgverleners de meest gepaste vorm van bemoeizorg toepassen. De gradatie in de vormen van bemoeizorg geven we in **FIGUUR 1** weer.

Een eerste gradatie in de bemoeizorg is het *zich beschikbaar stellen*. Dit is reeds bemoeizorg voor zover de zorgverleners zich ongevraagd beschikbaar stellen bij een persoon met psychiatrische problemen die zorg mijdt. De zorgverleners leggen op een transparante wijze uit wie ze zijn en wat ze kunnen doen. De persoon met psychiatrische problemen kan zijn of haar eigen verantwoordelijkheid opnemen, maar doet nog geen beroep op zorg. De zorgverleners laten de persoon volledig zelf de beslissingen nemen en respecteren zijn of haar verantwoordelijkheid. Ze stellen zich wel beschikbaar of bereid op om zorg te bieden, mocht dat wenselijk zijn.

*Informeren* is een tweede vorm van bemoeizorg op de overgang van eigen naar gedeelde verantwoordelijkheid. De persoon met psychiatrische problemen kan volledig zijn of haar verantwoordelijkheid op zich nemen, maar mijdt zorg. De zorgverleners bieden ongevraagd zorg door hem of haar op een zo objectief mogelijke wijze te informeren over de verschillende, mogelijke keuzes met hun voor- en nadelen. Ze proberen deze persoon niet te beïnvloeden en geven geen advies, maar ze laten hem of haar volledig vrij en bevorderen zijn of haar eigen verantwoordelijkheid zo veel mogelijk.

Een verdere gradatie in de bemoeizorg is het *adviseren*, voor zover dit op een ongevraagde wijze gebeurt bij personen met psychiatrische problemen die zorg mijden (Tielens & Verster 2010). Bij adviseren is er al gedeelde verantwoordelijkheid. Net als bij het informeren, geven de zorgverleners informatie over de verschillende keuzes en hun voor- en nadelen, maar ze drukken nu hun voorkeur uit in de vorm van een advies. Ze motiveren hun advies door de nadruk te leggen op de voordelen van een bepaalde mogelijkheid en dus op de winstpunten voor de persoon met psychiatrische problemen. Maar ze laten de keuze vrij zonder hem of haar verder te beïnvloeden.

*Onderhandelen* is een vierde vorm van bemoeizorg die zich in het midden van de graduele lijn bevindt. De zorgverleners geven informatie over de verschillende, mogelijke keuzes, brengen de voor- en nadelen ervan in kaart en maken er een balans van op. Ze doen dit zonder de informatie te manipuleren of de keuzemogelijkheden anders voor te stellen dan ze zijn. Daarbij formuleren ze een voorstel en geven er argumenten voor. Ze luisteren naar de emoties en gevoelens, de gedachten en opvattingen van de persoon met psychiatrische problemen. Ze proberen aan zijn of haar wensen tegemoet te komen door hun voorstel bij te sturen en redelijke argumenten aan te brengen. Ze

werken in de richting van een zo positief mogelijke balans van voor- en nadelen voor alle betrokken partijen zodat er een compromis kan ontstaan.

Een volgende gradatie van bemoeizorg is het *overhalen*. Net als bij het adviseren en onderhandelen, verstrekken de zorgverleners informatie en geven ze hun advies en hun argumenten, maar ze proberen de persoon met psychiatrische problemen nu nog meer te beïnvloeden en te motiveren voor de keuze van hun voorkeur. Ze leggen nog sterker de nadruk op de winstpunten. Overhalen is proberen de persoon over de streep te halen, en dat kan zowel met verleiden als met overtuigen. Bij verleiden trekken ze de persoon over de streep door in te spelen op de emotioneel aantrekkelijke elementen en winstpunten van die keuze. Bij overtuigen duwen ze als het ware de persoon over de streep door te werken met redelijke argumenten en winstpunten van de voorgestelde keuze. Het verleiden en het overtuigen, het emotionele en het redelijke, lopen door elkaar. De zorgverleners manipuleren de informatie echter niet en stellen de keuzemogelijkheden niet positiever voor dan ze in werkelijkheid zijn.

Een zesde vorm van bemoeizorg is het *onder druk zetten* (Tielens & Verster 2010). Opnieuw geven de zorgverleners zo objectief mogelijk informatie over de verschillende keuzes met hun voor- en nadelen, en maken er een balans van op. Maar nu gaan ze een stap verder in de bemoeienis door de persoon met psychiatrische problemen te confronteren met de nadelen van andere keuzes dan die welke ze zelf voorstellen. Ze manipuleren de informatie niet of stellen de keuzes niet negatiever voor dan in werkelijkheid. Ze confronteren hem of haar wel met de negatieve effecten van de andere keuzes en gebruiken dit als hefboom om hem of haar onder druk te zetten om voor hun eigen voorstel te kiezen.

De bemoeienis wordt vergroot en de nadruk wordt gelegd op de verliespunten van een bepaalde keuze. De zorgverleners kunnen onder druk zetten met de negatieve effecten van beslissingen of maatregelen van externe instanties, zoals mensen uit het sociaal netwerk of maatschappelijk actoren, bijvoorbeeld een huiseigenaar of werkgever, een vertegenwoordiger van een bank of verzekeringsinstelling, politie of justitie. De zorgverleners kunnen dan bemiddelen in het vermijden van de verliespunten. Vanuit hun rol als 'bondgenoot' zoeken ze samen met de persoon met psychiatrische problemen hoe ze de negatieve effecten van die externe beslissing of maatregel kunnen vermijden. De zorgverleners kunnen ook druk uitoefenen met de negatieve effecten van beslissingen of vrijheidsbeperkende maatregelen die ze zelf overwegen te nemen. Hier wordt het bondgenootschap met de persoon met psychiatrische problemen moeilijker. Maar ook dan kunnen ze proberen de verliespunten te vermijden. Op een welwillende manier

kunnen ze met de persoon met psychiatrische problemen zoeken naar wat er kan gebeuren om de beslissing of maatregel met negatieve effecten te vermijden.

Een voorlaatste gradatie van bemoeizorg is het *overnemen* van verantwoordelijkheid. Tot nu toe hebben de zorgverleners enkel verbale interventies toegepast als zich beschikbaar stellen, informeren, adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten. Nu gaan ze over tot handelen. Ze nemen de verantwoordelijkheid van de persoon met psychiatrische problemen over en motiveren hun beslissing of maatregel. Ze gaan zo veel mogelijk in dialoog met de wettelijke vertegenwoordiger, en indien mogelijk met de persoon met psychiatrische problemen zelf. Anders dan bij dwang, verzet de persoon met psychiatrische problemen zich bij het overnemen van verantwoordelijkheid niet. Het gaat niet uitdrukkelijk in tegen zijn of haar wil. De zorgverleners evolueren nu van begeleiden en coachen bij het maken van keuzes naar sturen en structureren van het leven van de persoon met psychiatrische problemen.

De laatste vorm van bemoeizorg is de meest verre gaande, namelijk *dwingen* (Jongeleen & Mulder 2003). De zorgverleners nemen een beslissing of dwangmaatregel en motiveren deze. Ze voeren hoe dan ook de beslissing uit, zelfs als dit uitdrukkelijk tegen de wil van de persoon met psychiatrische problemen ingaat. Omdat dwang zo ingrijpend is, mag het nooit een vanzelfsprekende maatregel worden. We hebben eerder drie voorwaarden voor de uitoefening van dwang in dit tijdschrift beschreven, namelijk onvoldoende beslissingsbekwaamheid, dreigende en ernstige schade, en proportionaliteit van dwang en schade (Liégeois & Eneman 2004).

### Gepaste vorm van bemoeizorg

Er is een gradatie in deze vormen van bemoeizorg. Vanuit de vertrouwensrelatie proberen de zorgverleners de persoon met psychiatrische problemen verantwoordelijkheid te laten nemen voor een bepaalde keuze. Het is uiteraard het beste te kiezen voor de vorm van bemoeizorg met de meeste eigen verantwoordelijkheid. Maar als de situatie moeilijker wordt, kunnen de zorgverleners kiezen voor vormen van bemoeizorg waarbij de bemoeienis vergroot, dus met minder eigen en met meer plaatsvervangende verantwoordelijkheid. Het criterium voor de gepastheid

van bemoeizorg is de mate waarin de keuze voor een bepaalde vorm van bemoeizorg aansluit bij de graad van verantwoordelijkheid die de persoon met psychiatrische problemen kan dragen.

De keuze voor de gepaste vorm van bemoeizorg is een keuze die de zorgverleners op een weloverwogen wijze en in dialoog in het interdisciplinaire team en netwerk nemen (Gilhuis & Schermer 2009; Begeleidingscommissie 2014). Het is belangrijk deze keuze doelbewust en consequent toe te passen. Maar de keuze moet uiteraard ook aangepast kunnen worden aan de evolutie bij de persoon met psychiatrische problemen en zijn of haar context, en moet dus ook herzien kunnen worden.

### Besluit

Bemoeizorg is geen gemakkelijke opdracht: de zorgverleners bieden ongevraagde zorg en dat is niet evident als ze tegelijk de wensen van de patiënt centraal willen stellen. Om dit te verantwoorden kiezen we in dit advies uitdrukkelijk voor een relationele mensvisie. Deze visie legt de nadruk op de verbondenheid en de betrokkenheid van mensen, en bijgevolg op verantwoordelijkheid voor elkaar. Uit de verbondenheid en betrokkenheid volgt dat het opbouwen van een vertrouwensrelatie een voorwaarde is voor bemoeizorg. Daarbij wenden de zorgverleners zich tot de persoon met psychiatrische problemen, worden ze bondgenoot en nemen ze samen initiatieven die aansluiten bij zijn of haar perspectief.

Vanuit deze vertrouwensrelatie komen de persoon met psychiatrische problemen, de naastbetrokkenen en de zorgverleners tot het op zich nemen van verantwoordelijkheid. Dit kunnen we plaatsen op een continue lijn tussen eigen, gedeelde en plaatsvervangende verantwoordelijkheid. Het op zich nemen van verantwoordelijkheid gebeurt in vele gradaties op een continue lijn: van zich beschikbaar stellen en informeren, over adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten, tot overnemen en dwingen. De zorgverleners kiezen in dialoog en op een overwogen en consequente manier voor de gepaste vorm van bemoeizorg. Daarbij streven ze naar zo veel mogelijk eigen verantwoordelijkheid van de persoon met psychiatrische problemen. Bemoeizorg blijft een uitdagende opdracht en een stimulans om in professionaliteit te groeien.

### LITERATUUR

- Baart A, Grypdonck M. Verpleegkunde en presentie: een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg. Den Haag: Lemma; 2008.
- Begeleidingscommissie ethiek in de geestelijke gezondheidszorg. Bemoeizorg in de geestelijke gezondheidszorg. Gent: Broeders van Liefde; 2014. [http://www.fracarita.org/sites/BVL/files/ethisch\\_advies\\_ggz\\_-\\_bemoeizorg.pdf](http://www.fracarita.org/sites/BVL/files/ethisch_advies_ggz_-_bemoeizorg.pdf)
- Doorn N. Wilsbekwaamheid: weldoen, autonomie, identiteit. Amsterdam: Boom; 2009.

- Gilhuis M, Schermer M. Zorgethische dilemma's bespreekbaar maken in ACT. In: Mulder N, Kroon H. Assertive Community Treatment: bemoezorg voor patiënten met complexe problemen. Amsterdam: Boom; 2009; p. 75-100.
- Henselmans H. Bemoezorg: ongevraagde hulp voor psychotische patiënten. Delft: Eburon; 1973.
- Heijst A van. Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Klement; 2005.
- Jongeleen J, Mulder C. Bemoezorg en respect voor autonomie. Tijdschr Psychiatr 2003; 45: 575-8.
- Liégeois A. Waarden in dialoog: ethiek in de zorg. Leuven: LannooCampus; 2014.
- Liégeois A, Eneman M. Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg: een ethisch advies. Tijdschr Psychiatr 2004; 46: 369-78.
- Lind S van de. Bemoezorg in bange dagen. Maandbl Geest Volksgezondh 2007; 62: 401-13.
- Mulder N, Kroon H. Assertive Community Treatment: bemoezorg voor patiënten met complexe problemen. Amsterdam: Boom; 2009.
- Tielens J, Verster M. Bemoezorg: eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.

## SUMMARY

# An ethical reflection on outreaching mental health care

A. LIÉGEOIS, M. ENEMAN

- BACKGROUND** Care providers have a conflicting societal role: on the one hand they must respect the autonomy of individuals with psychiatric problems, but on the other hand they often feel the need to offer these individuals outreaching care.
- AIM** To compile an ethical reflection on some of the ways in which outreaching mental health care interventions can be provided in a responsible manner.
- METHOD** This ethical reflection is based on an ethical advice by the Ethics committee for Mental Health Care of the Brothers of Charity in Flanders. The method combines ethical discussion and a study of the relevant literature.
- RESULTS** A good starting point is a relational view of the human being that emphasises connectedness and involvement. Consequently, the care provider begins to intervene in the care programme by building a trusting relationship with the person with psychiatric problems. This is how these persons, their close family and friends and care providers exercise their responsibility. There is a gradation of responsibility that extends in a continuous line: personal responsibility develops into shared responsibility which can then become vicarious responsibility. On that basis there is also a gradation in the nature of outreaching care; the care providers first make themselves available and give information, then provide advice, negotiate, persuade, increase pressure, and finally take over and force the person with psychiatric problems.
- CONCLUSION** The care providers choose in dialogue and in a considered and consistent way for the appropriate form of outreaching care, in line with the degree of responsibility that the person with psychiatric problems can assume.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)2, 103-110

**KEY WORDS** autonomy, coercion, outreaching care, responsibility, trusting relationship