

Criteria voor wilsbekwaamheid: enkele valkuilen

S.P.K. WELIE

SAMENVATTING In de (Nederlandse) Wet op de geneeskundige-behandelingsovereenkomst fungeert wilsbekwaamheid als een centraal concept. Bij het operationaliseren daarvan is het de vraag hoe criteria te formuleren die niet alleen juridisch geldig zijn, maar tevens zinvol voor de alledaagse hulpverleningspraktijk. Twee pogingen hiertoe vanuit theorie die haar oorsprong heeft in de gezondheidszorg, worden besproken, te weten de glijdende schaal en het gebruik van therapeutische modellen. Ook wordt aandacht geschonken aan de risico's die een overmatige aandacht voor het wilsbekwaamheidsbegrip en de roep om criteria met zich meebrengen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 12, 723-729]

TREFWOORDEN criteria, psychiatrie, recht, wilsbekwaamheid, zorgverlening

Door het in werking treden van de Wet op de geneeskundige-behandelingsovereenkomst (WGBO)¹ heeft het beginsel van autonomie voor de patiënt ook wettelijk een belangrijke plaats gekregen naast dat van weldoen door de hulpverlener (Beauchamp & Childress 1994). De kern van deze regeling houdt in dat behandeling alleen kan plaatsvinden, indien daartoe toestemming van de patiënt is verkregen ('informed consent'). Of de patiënt die toestemming zelf kan geven of dat iemand anders dat namens hem of haar moet doen, hangt ervan af of de patiënt wilsbekwaam is.² Dit maakt het beoordelen van wilsbekwaamheid een relevante opgave voor hulpverleners. Genoemde wet volstaat echter met een abstracte, moeilijk toepasbare definitie van dit begrip,³ terwijl wetenschappelijk onderzoek tot nu toe geen consensus over geschikte criteria heeft opgeleverd (Klippe 1990; ministerie van Justitie 1994; Glass 1997).

Dat het formuleren van acceptabele criteria voor wilsbekwaamheid zo moeizaam vordert, wordt mijns inziens voor een belangrijk deel ver-

oorzaakt door een miskennen van de verschillende aard van enerzijds het abstracte, normatieve wilsbekwaamheidsbegrip plus de juridische en ethische regels, principes en theorieën die daarvan de context vormen, en anderzijds van de concrete klinische situaties waarin beslissingen over de wilsbekwaamheid van patiënten genomen moeten worden. Zo houden empirische onderzoekers bij hun streven naar de constructie van test-achtige meetinstrumenten voor wilsbekwaamheid onvoldoende rekening met de normen en waarden die met de criteria gediend zijn, terwijl juristen ertoe neigen tevreden te zijn met een 'mooie' doctrine zonder stil te staan bij de vraag welke betekenis deze kan hebben in de feitelijke hulpverlening.

Het gesignaleerde probleem kan wellicht aangepakt worden door voor de invulling van criteria voor wilsbekwaamheid te rade te gaan bij theorievorming die haar wortels heeft in de praktijk van de gezondheidszorg. Twee interessante pogingen om aldus de kloof tussen de abstracte normen en de concrete gevallen waarin zij toe-

passing dienen te vinden, te overbruggen wil ik in het onderstaande kort becommentariëren. Ook worden bij al de aandacht voor criteria van wilsbekwaamheid enkele kanttekeningen geplaatst die samenhangen met de risico's van fixatie op dit onderwerp.

GEZONDHEIDSZORG EN CRITERIA VOOR WILSBEKWAAMHEID

Glijdende schaal Een eerste operationalisatie van wilsbekwaamheid die vanuit klinische invalshoek wordt gepropageerd en in de praktijk waarschijnlijk ook veelvuldig wordt gebruikt, is de zogenaamde *sliding scale* (Drane 1984, 1985). Deze benaming geeft aan dat de eisen die aan wilsbekwaamheid moeten worden gesteld, naargelang de omstandigheden variëren. De operationalisatie komt erop neer dat bewustzijn de enige voorwaarde voor wilsbekwaamheid is bij een patiënt die instemt met een gebruikelijke, door een hulpverlener overeenkomstig de professionele standaard voorgestelde behandeling. Nadere eisen aan de wilsbekwaamheid worden slechts gesteld, indien de overwogen behandeling gevaarlijk is of er meerdere medisch gelijkwaardige opties voorhanden zijn. Een dergelijke operationalisatie leidt ertoe dat de inspanningen van hulpverleners vooral erop gericht zullen zijn medewerking van hun patiënten te verkrijgen en weigerachtige patiënten tot instemming te bewegen: wanneer het lukt deze – al dan niet met behulp van enige tactiek – van het nut van behandeling te overtuigen, hoeft aan de wilsbekwaamheid immers niet meer getwijfeld te worden en kan het moeilijke vraagstuk van criteria voor wilsbekwaamheid verder buiten beschouwing blijven. Zo bevelen Wenger & Halpern aan om de patiënt op zodanige wijze te bejegenen dat de kans vergroot wordt dat deze de voorstellen van de hulpverlener accepteert (1994, p. 233).

Een gevaar van de glijdende schaal is dat autonomie een functie wordt van weldoen en haar zelfstandige betekenis als normerend beginsel verliest. In feite is de glijdende schaal

een ingewikkelde en ook misleidende manier om te zeggen dat in veel gevallen de aan autonomie ten grondslag liggende gedachte dat medische interventies zorgvuldig afgestemd dienen te zijn op de persoonlijke waarden van de patiënt, minder zwaar weegt dan het beleidsmatige belang van een soepele hulpverlening. Dit laatste is op zich natuurlijk een legitiem belang, dat uiteindelijk ook de patiënt tot voordeel strekt. Welnu, opdat we in die gevallen waarin dat nodig is, via een beoordeling van de wilsbekwaamheid toch echt kunnen toetsen of de voorgenomen interventie aansluit bij de waarden en voorkeuren van een patiënt, meen ik met Freedman (1981, p. 66 e.v.) dat het beter is openlijk te erkennen dat wij als maatschappij niet altijd geïnteresseerd zijn in de wilsbekwaamheid van patiënten, dan dit feit te verdoezelen met een gekunsteld, inconsistent en dus onbruikbaar wilsbekwaamheidsconcept.

Therapeutische modellen Een andere benadering wordt bewandeld door de psychiater Haekens (1998). Zij ontleent criteria voor wilsbekwaamheid aan psychiatrische, therapeutisch georiënteerde theorievorming. Na een algemene uiteenzetting over het wilsbekwaamheidsbegrip passeren in haar dissertatie specifieke aspecten van dit begrip de revue die betrekking hebben op depressie, paranoia en dementie. Dit gebeurt door een onderzoek van de wijze waarop de stoornis ingrijpt in het beslissingsproces van de patiënt en de gevolgen hiervan voor diens beoordelings- en inschattingsvermogen. Zo wordt bij de bespreking van depressie gebruikgemaakt van de inzichten van Aaron Beck: de cognitie van de depressieve patiënt wordt gekenmerkt door disfunctionele depressogene schemata; deze worden geactiveerd door stress en leiden tot een automatische, irrationele evaluatie van relevante informatie, die neerkomt op een overdrijving van de negatieve kanten van de situatie. Volgens Haekens kunnen de aldus optredende systematische fouten in de informatieverwerking de wilsbekwaamheid van de patiënt compromitteren (p. 60 e.v.).

De geschetste uitwerking van wilsonbekwaamheid biedt meer houvast dan abstracte juridische formules. Toch is kritiek mogelijk op de wijze waarop criteria afgeleid worden uit therapeutisch geïnspireerde denkmodellen, zoals die van Beck. Het probleem schuilt in het feit dat dergelijke modellen geconstrueerd zijn met andere doeleinden dan die welke in een wilsbekwaamheidsoordeel nagestreefd worden: in een therapeutisch model gaat het erom al die factoren te identificeren die tot klachten leiden, in de hoop deze als aanknopingspunt bij de behandeling aan te kunnen grijpen (vergelijk bijvoorbeeld Akiskal 1995 en Hirschfeld & Shea 1995⁴); bij een wilsbekwaamheidsoordeel gaat het erom factoren op te sporen die het vermogen tot zelfbeschikking in de weg staan. Anders gezegd, Beck is geïnteresseerd in het vinden van denkfouten die in de behandeling kunnen worden besproken, waardoor klachten zullen verminderen; wilsonbekwaamheid heeft betrekking op denkfouten die het nemen van beslissingen over de eigen gezondheidszorg belemmeren. Het maken van denkfouten op zich is niet zonder meer grond voor wilsonbekwaamheid, zelfs niet wanneer deze fouten betrekking hebben op relevante informatie. Immers, ook 'gewone', niet-zieke mensen van wie aangenomen moet worden dat ze wilsbekwaam zijn, maken denkfouten; vergelijk het zogenaamde *self-serving* bias waarmee mensen hun gevoel van eigenwaarde op peil houden (Brown 1986, p. 162 e.v.; zie ook Van den Hoofdakker 1990, p. 186). Met andere woorden, de denkfouten die in aanmerking komen als oorzaak voor wilsonbekwaamheid, moeten aan nadere vereisten voldoen. Ofschoon overlap tussen beide mogelijk is, hebben therapeutische modellen enerzijds en modellen voor wilsonbekwaamheid anderzijds dus betrekking op verschillende categorieën van denkfouten.

Een andere manier om hetzelfde bezwaar uit te drukken is dat in een therapeutisch model vrijwilligheid van de kant van de patiënt verondersteld is. Maar daar kan in het kader van een wilsbekwaamheidsoordeel nu precies niet meer

van uitgegaan worden, aangezien weigerachtigheid vaak de aanleiding tot het oordeel is en een negatief oordeel tot dwangbehandeling kan leiden. De uiterste consequentie van het gebruik van therapeutische modellen bij de beoordeling van wilsbekwaamheid is dat patiëntschap (in de zin van behandelbaar zijn) wilsonbekwaamheid impliceert. Deze opvatting is niet in overeenstemming te brengen met de strekking van het beginsel van respect voor autonomie.

DISCUSSIE

Het belang van autonomie maakt dat de aandacht voor wilsbekwaamheid in wetenschappelijk onderzoek en anderszins valt toe te juichen. Echter, er zijn ook risico's verbonden aan al deze aandacht. Zij kan ertoe leiden dat andere relevante factoren en de plaats van het wilsbekwaamheidsbegrip uit het oog worden verloren. Daarom volgen nu drie overwegingen waarin deze gevaren toegelicht worden. Een eerste bedenking heeft betrekking op de vraag naar de relevantie en de reikwijdte van het wilsbekwaamheidsbegrip. De tweede kanttekening betreft enkele aan ieder wilsbekwaamheidsoordeel inherente nadelen. Als laatste worden de mogelijkheden en onmogelijkheden van criteria voor wilsbekwaamheid besproken.

Reikwijdte Voordat wij ons de vraag naar criteria van wilsbekwaamheid stellen, moeten wij ons realiseren wat de context van dit begrip is en daarmee de reikwijdte van eventuele criteria. Niet alles kan en mag zagezegd aan wilsbekwaamheid worden opgehangen. Ten onrechte wordt in discussies vaak – zeker door juristen en theoretici – een algemeen doorslaggevende betekenis toegekend aan het antwoord op de vraag naar de wilsbekwaamheid. Wellicht het enige geval waarin dat inderdaad die betekenis heeft, is dat waarin de patiënt na aanhoudende pogingen van de hulpverlener om hem op andere gedachten te brengen een interventie blijft weigeren die noodzakelijk is om ernstig nadeel voor hem te

voorkomen, en die volgens alle overige betrokkenen (zowel hulpverleners als familieleden/vertegenwoordigers) ondanks de weigering toch zou moeten plaatsvinden. Hier bepaalt uiteindelijk de wilsbekwaamheid van de patiënt of behandeling niet of wel doorgang mag vinden. In andere gevallen is de betekenis van wilsbekwaamheid minder verstrekkend. Overigens verwoorden Culver & Gert (1990) het standpunt dat zelfs in genoemd geval de wilsbekwaamheid van de patiënt nog geen voldoende voorwaarde is om de weigering te moeten respecteren (p. 631).⁵

Meestal spelen naast de wensen van de individuele patiënt vele andere factoren een rol in de medische besluitvorming. Ik noem hier slechts medisch-technische overwegingen, de beschikbaarheid van middelen, de professionele standaard, aspecten van humane bejegening en van intermenselijk verkeer en de verantwoordelijkheid voor andere patiënten. De diversiteit aan factoren die de besluitvorming normeren, blijkt ook uit de inbedding van de WGBO in het Burgerlijk Wetboek.⁶

Nadelen Het moge paradoxaal klinken – de inschatting van de wilsbekwaamheid vindt immers plaats in het belang van de patiënt en is erop gericht een optimale bescherming van diens autonomie te bewerkstelligen –, toch is het wilsbekwaamheidsoordeel op zich, ongeacht welke criteria daarbij gebruikt worden en ongeacht de uitkomst ervan, al een potentiële inbreuk op de persoonlijke waardigheid van de patiënt. Dit geldt zeker wanneer het patiënten betreft die zich bewust zijn van wat er zich om hen afspeelt, zoals in de psychiatrie veelal het geval zal zijn. Bij zo'n oordeel, zelfs als het positief uitvalt, stelt een ander, in concreto de hulpverlener, zich namelijk boven de patiënt door aan de hand van niet door de patiënt gekozen criteria te evalueren of deze patiënt al dan niet de bevoegdheid tot zelfbeschikking toekomt. Dit bezwaar is ook van toepassing wanneer het zou lukken criteria te formuleren die uitsluitend betrekking hebben op 'het hoe' van de beslissing in tegenstelling tot

'het wat' of 'het waarom'. Immers, volgens het autonomiebeginsel staat het de patiënt niet alleen vrij zelf zijn waarden en voorkeuren te kiezen, maar ook zelf te bepalen op welke wijze hij tot besluiten komt. Daar komt nog bij dat de beoordelaar zich een indruk moet vormen van het beslissingsproces en de redenen van de patiënt, wil hij tot een beoordeling van de wilsbekwaamheid kunnen komen. Niet zelden zal de patiënt zich hiertoe jegens die ander moeten verantwoorden. Dit gegeven kan op gespannen voet staan met de privacy van de patiënt en het leidt bovendien tot extra eisen aan de patiënt: niet alleen moet hij een beslissing kunnen nemen, hij moet deze ook aan de hulpverlener kunnen toelichten.⁷ Het risico bestaat dan dat een patiënt die een ongebruikelijk besluit niet wenst te motiveren, voor wilsonbekwaam wordt gehouden.

Beperkingen De nadruk op het vinden van criteria voor wilsbekwaamheid bergt het gevaar in zich van te hoge verwachtingen: met behulp van deze criteria zou op neutrale, objectieve, wellicht zelfs algoritmische wijze vastgesteld kunnen worden of men zich voor toestemming tot de patiënt of tot diens vertegenwoordiger moet wenden. Een dergelijke verwachting miskent het normatieve karakter van het wilsbekwaamheidsbegrip, dat met zich meebrengt dat het niet volledig in criteria gevat kan worden. Eventuele criteria mogen weliswaar als richtlijn bij het verrichten van een oordeel behulpzaam zijn; maar om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen zal de hulpverlener altijd de persoonlijke kennis van en betrokkenheid bij de individuele patiënt moeten laten meewegen. Wiarda (1988, p. 147), een autoriteit op het gebied van rechtsvinding, drukt deze gedachte uit door erop te wijzen dat in een juridisch oordeel (waartoe vanwege de consequenties ook het wilsbekwaamheidsoordeel gerekend moet worden) altijd een 'intuïtieve sprong' noodzakelijk is, wil het tot rechtvaardige resultaten leiden. Bovendien is het risico niet denkbeeldig dat door een fixatie op criteria voor wilsbekwaamheid onvoldoende aan-

dacht wordt besteed aan situationele factoren, die mede een verklaring kunnen vormen voor merkwaardig gedrag van de patiënt dat aanleiding heeft gegeven tot het in twijfel trekken van diens wilsbekwaamheid. Een verontrustend voorbeeld hiervan wordt beschreven door Van McCrary & Walman (1990).⁸ Voordat men mag overgaan tot een wilsbekwaamheidsoordeel, moet de nodige ondersteuning door de omgeving van de patiënt – waaronder de hulpverleners – gegarandeerd zijn. Hierbij kan men denken aan het verschaffen van relevante en correcte informatie, uitleg hiervan en bedenktijd, maar ook aan het leveren van advies en het achterwege laten van pressie.

Criteria voor wilsbekwaamheid doen niets af aan de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener om rekening te houden met de particuliere kenmerken van de patiënt en om pas te concluderen tot wilsonbekwaamheid, nadat is gewaarborgd dat de patiënt alle mogelijke hulp heeft gekregen bij de pogingen zelf een beslissing te nemen.

SLOT

Bovenstaande bespreking heeft geen criteria voor wilsbekwaamheid opgeleverd. Dat was ook niet de bedoeling van de analyse. De opzet daarvan is geslaagd indien het inzicht in valkuilen rond wilsbekwaamheid vergroot is en indien duidelijk is geworden dat gezondheidsjuristen begrip moeten hebben voor de klinische realiteit en hulpverleners/onderzoekers voor de nuances van het recht, willen zij gezamenlijk tot geldige en zinvolle criteria voor wilsbekwaamheid komen.

NOTEN

1. Wet van 17 november 1994, Stb. 1994, 837, laatstelijk gewijzigd bij wet van 15 december 1994, Stb. 1994, 838 (inwerkingtreding 1 april 1995).

De WGBO is onderdeel van het Burgerlijk Wetboek (BW), te weten de vijfde afdeling van de zevende titel van boek 7 (over bijzondere overeenkomsten).

2. Een vergelijkbare sleutelrol speelt het wilsbekwaamheidsbegrip in andere regelgeving, door Pols (1990, p. 477) daarom samenvattend aangeduid als 'incompetentiewetten'.

3. Zij luidt: 'in staat (zijn) tot een redelijke waardering van (je) belangen ter zake' (art. 7:465 lid 3 BW).

4. Akiskal 1995, p. 1074: 'The cognitive model therefore has the cardinal virtue of focusing on key reversible clinical dimensions of depressive illness, such as helplessness, hopelessness, and suicidal ideation, while providing a testable and practical psychotherapeutic approach.'

Hirschfeld & Shea 1995, p. 1184: 'The goal of cognitive-behavioral therapy is to change the way a person thinks and, subsequently, to alleviate the depressive syndrome and prevent its recurrence.'

5. Met andere woorden, volgens Culver & Gert kan het ook bij een weigerende wilsbekwame patiënt onder omstandigheden gerechtvaardigd zijn om in diens eigen belang dwangbehandeling toe te passen. Zij denken hierbij aan besluiten die weliswaar door een wilsbekwame patiënt genomen zijn, maar die toch in hoge mate irrationeel zijn (p. 629 e.v.). Het onderscheid tussen irrationaliteit en wilsonbekwaamheid lijkt wellicht onbetekenend, maar is in deze context cruciaal: irrationaliteit is een kenmerk van een besluit; dit kan beoordeeld worden zonder verwijzing naar de mentale eigenschappen van de patiënt of diens beslissingsproces, hetgeen bij een bepaling van de wilsbekwaamheid wel nodig is. Het standpunt van Culver & Gert hangt samen met hun definitie van wilsbekwaamheid (zie p. 621 e.v.).

6. Het feit dat wilsbekwaamheid slechts in uitzonderlijke gevallen exclusief bepaalt of behandeling wel of niet mag plaatsvinden, neemt niet weg dat het beginsel van autonomie ook belangrijk is als het leven van de patiënt niet op het spel staat. Respect voor en bevordering van de autonomie van de patiënt kunnen onder meer tot uiting komen in allerlei kleine, dagelijkse handelingen, ook zonder dat procedures ter beoordeling van de wilsbekwaamheid doorlopen worden (Berghmans 1998).

7. Vergelijk in dit verband Cox White (1994): tot de voor wilsbekwaamheid vereiste vaardigheden rekent zij ook het vermogen om het beslissingsproces op begrijpelijke wijze aan anderen uit te leggen (p. 154 e.v.).

8. Verwoede pogingen om een weigerende patiënte met een psychiatrische geschiedenis wilsonbekwaam te verklaren leidden er in deze casus zelfs toe dat ernstige medisch-professionele fouten werden gemaakt: de juiste diagnose werd gemist en belangrijke behandelingsalternatieven werden over het hoofd gezien. Een procedure voor de rechter kon dit in eerste instantie overigens niet verhelpen.

LITERATUUR

- Akiskal, H.S. (1995). Mood disorders: Introduction and overview. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th Edition (pp. 1067-1079). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. (Fourth Edition). New York/Oxford: Oxford University Press.
- Berghmans, R.L.P. (1998). Ethiek, etiquette en goed hulpverlenerschap in de psychiatrie: essay. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 9, 553-564.
- Brown, R. (1986). *Social Psychology*. (The Second Edition). New York/London: Free Press/Macmillan.
- Cox White, B. (1994). *Competence to Consent*. Washington DC: George-town University Press (Ph.D.-thesis).
- Culver, C.M., & Gert, B. (1990). The inadequacy of incompetence. *The Milbank Quarterly*, 68, 4, 619-643.
- Drane, J.F. (1984). Competency to give an informed consent: A model for making clinical assessments. *Journal of the American Medical Association*, 252, 7, 925-7.
- Drane, J.F. (1985). The many faces of competency. *Hastings Center Report*, 15, 2, 17-21.
- Freedman, B. (1981). Competence, marginal and otherwise: Concepts and ethics. *International Journal of Law and Psychiatry*, 4, 1-2, 53-72.
- Glass, K.C. (1997). Refining definitions and devising instruments: Two decades of assessing mental competence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 1, 5-33.
- Haekens, A. (1998). *Beslissingsbekwaamheid in de gerontopsychiatrische context*. Leuven: Leuven University Press.
- Hirschfeld, R.M.A., & Shea, M.T. (1995). Mood disorders: Psychological/psychosocial treatments. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th Edition (pp. 1178-1189). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hoofdakker, R.H. van den, Albersnagel, F.A., & De Cuyper, H. (1990). Stemmingsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek Psychopathologie deel 1* (pp. 166-204). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Klippe, H. v.d. (1990). Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen. *Maandblad voor de Geestelijke volksgezondheid*, 45, 2, 123-138.
- Ministerie van Justitie. (1994). *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Pols, J. (1990). Zelfbeschikking in de psychiatrie. *Maandblad voor de Geestelijke volksgezondheid*, 45, 5, 476-493.
- Van McCrary, S., & Walman, A.T. (1990). Procedural paternalism in competency determination. Second International Conference on Health Law and Ethics (1989, London, England). *Law, Medicine and Health Care*, 18, 1-2, 108-113.
- Wenger, N.S., & Halpern, J. (1994). Can a patient refuse a psychiatric consultation to evaluate decision-making capacity? Case and discussion. *The Journal of Clinical Ethics*, 5, 3, 230-234.
- Wiarda, G.J. (1988). *Drie typen van rechtsvinding* (derde druk). Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink.

AUTEUR

MR. DRS. S.P.K. WELIE is jurist en psycholoog; hij is als wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan de Universiteit Maastricht.
Correspondentieadres: Capaciteitsgroep Gezondheidsrecht van de Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-10-1999.

SUMMARY Criteria for patient decision-making competence: some pitfalls – S.P.K. Welie – Dutch legislation attaches substantial legal consequences to patient decision-making (in)competence. Since clear standards are lacking, laborious research efforts are directed towards formulating adequate criteria. In operationalising the concept, it is the question how legally valid criteria can be formulated that are also useful to everyday clinical practice. Two attempts to bridge the gap between abstract norms and concrete evaluations – starting from theory with its origins in health care – are discussed: the sliding scale approach and the use of therapeutic models. Also, some risks of fixation on competence and the attendant call for criteria are exposed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 12, 723-729]

KEYWORDS competence, criteria, health care, law, psychiatry