

Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie

A. LIÉGEOIS

ACHTERGROND Onder invloed van het recht speelt beslissingsbekwaamheid een steeds grotere rol in de psychiatrie, maar er zijn onvoldoende duidelijke criteria voor de beoordeling ervan.

DOEL Het ontwikkelen van een relationeel ethisch model, inclusief criteria en werkwijze, voor het evalueren en versterken van beslissingsbekwaamheid vanuit een relationele ethische benadering.

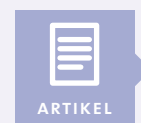
METHODE Op basis van een (beperkte) studie van de literatuur over het concept van en de criteria voor beslissingsbekwaamheid en een relationeel ethische reflectie ontwikkelen van criteria voor beslissingsbekwaamheid en een methode voor evaluatie.

RESULTATEN De tien criteria zijn: begrijpen van informatie, toepassen van informatie op eigen situatie, inzicht verwerven in eigen situatie, overwegen van keuzemogelijkheden, inschatten van gevolgen voor zichzelf, alsook voor anderen, motiveren van keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze, vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit, alsook van buitenaf, en motiveren van keuze vanuit eigen waarden. De evaluatie en versterking van de beslissingsbekwaamheid gebeurt door het scoren van de afzonderlijke criteria en het globaal evalueren ervan. Dit gebeurt door alle betrokkenen in dialoog: zo veel mogelijk de zorgvrager, alsook de naastbetrokkenen en de zorgverleners.

CONCLUSIE De betrokkenen kunnen grotere objectiviteit bereiken door de tien criteria voor beslissingsbekwaamheid in dialoog te evalueren.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)1, 29-36

TREFWOORDEN beslissingsbekwaamheid, criteria, dialoog, ethiek, wilsbekwaamheid



Beslissingsbekwaamheid speelt steeds meer een centrale en decisieve rol in de psychiatrie. De evaluatie van beslissingsbekwaamheid maakt namelijk een onderscheid tussen mensen die zelf kunnen beslissen en wiens beslissingen moeten worden gerespecteerd, en mensen bij wie dit niet het geval is. Het negatieve oordeel over de beslissingsbekwaamheid geeft aan de beoordelaar de macht om beslissingen van iemand te verwerpen, om beslissingen te nemen tegen de wil van die persoon, of om beslissingen te laten nemen door een plaatsvervanger. Het doel van deze bijdrage is kritisch ethisch te reflecteren over beslissingsbekwaamheid en een relationeel ethisch model uit te

werken om de beslissingsbekwaamheid te evalueren en te versterken. Kunnen we werkbare criteria voor beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie ontwikkelen? En met welke werkwijze kunnen we die criteria aanwenden om de beslissingsbekwaamheid te evalueren en te versterken?

Recht en ethiek

Het recht versterkt het belang van het oordeel over beslissingsbekwaamheid. Heel wat belangrijke keuzes in de zorg hangen immers af van de beslissingsbekwaamheid: is een zorgvrager in staat om geïnformeerde toestemming te geven, moet een wettelijke vertegenwoordiger worden

aangesproken, mag de zorgvrager gedwongen worden tot opname of behandeling, kan de zorgvrager op een vrijwillige en overwogen basis om euthanasie verzoeken, enz. (Nys 2014)? Hoe cruciaal beslissingsbekwaamheid in de wetgeving ook is, de wetgever biedt geen criteria om te evalueren of iemand bekwaam is om een bepaalde beslissing te nemen. Daarmee wordt feitelijk het oordeel overgelaten aan de zorgverleners, in het bijzonder aan de arts die juridisch aansprakelijk is voor de behandeling.

Het is echter van groot belang dat deze beoordeling gefundeerd is en zo veel mogelijk geobjectiveerd kan worden. We willen daartoe bijdragen vanuit een relationele ethiek. Deze ethiek gaat uit van de verbondenheid tussen mensen (van Heijst 2005). Mensen zijn niet alleen autonome individuen, maar ook personen die in relatie tot elkaar staan. Ze zijn niet zomaar zelfstandig, maar ook afhankelijk en kwetsbaar. In die verbondenheid gaat er van de ander een ethische oproep uit om hem of haar als gelijkwaardig te erkennen, om betrokken te zijn en verantwoordelijkheid op te nemen. Die verantwoordelijkheid is erop gericht de eigen verantwoordelijkheid van de ander zoveel mogelijk te bevorderen.

Vanuit deze relationele ethiek zijn we van mening dat keuzes in de zorg het beste gemaakt kunnen worden in de zorgrelatie op basis van een dialoog tussen de betrokkenen (Liégeois 2014). Daarbij gaat het in essentie om drie betrokken partijen: de zorgvrager, de naastbetrokkenen en het sociaal netwerk, en de zorgverleners in hun professioneel team en netwerk, en dit in een breder maatschappelijk verband. Als de beslissingen genomen worden in de dialoog tussen deze drie partners, ook een 'trialog' genoemd, dan zijn de drie partners gezamenlijk verantwoordelijk en hebben ze een gedeelde verantwoordelijkheid. In de trialog hebben alle betrokken partners de verantwoordelijkheid om de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager te bevorderen.

Begripsverheldering

Als we een ethisch model voor de evaluatie en de versterking van beslissingsbekwaamheid willen ontwikkelen, is het nodig het concept eerst te verhelderen. Beslissingsbekwaamheid definiëren we als het vermogen om vrije en overwogen beslissingen te nemen (Liégeois 2014). In de literatuur vinden we een vrij grote consensus over een aantal kenmerken van beslissingsbekwaamheid en de evaluatie ervan (Haekens 1998; Berghmans e.a. 2004; Welie 2008; Doorn 2009; Ruissen e.a. 2011; den Hartogh 2016; Widdershoven e.a. 2017).

Ten eerste is beslissingsbekwaamheid een positief begrip. Met positief bedoelen we hier dat we uitgaan van de veronderstelling dat mensen beslissingsbekwaam zijn, tenzij het tegendeel bewezen wordt. Dit is een krachtig middel

AUTEUR

AXEL LIÉGEOIS, ethicus en hoogleraar Zorgethiek en praktische theologie, faculteit Theologie en Religiewetenschappen, KU Leuven, en stafmedewerker, de 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 19-9-2017.

om paternalisme te vermijden en autonomie te respecteren en te bevorderen. Een gevolg hiervan is dat een psychiatrische diagnose op zich niet a priori leidt tot een negatieve beoordeling van beslissingsbekwaamheid.

Vervolgens is beslissingsbekwaamheid specifiek. Mensen zijn beslissingsbekwaam voor een bepaalde handeling op een bepaald levensdomein, dus voor een specifieke beslissing. Zo kan iemand bekwaam zijn om geld te beheren, maar niet om mee te beslissen over of toe te stemmen met een behandeling. Deze specificering behoedt mensen ervoor anderen als persoon, in het algemeen, beslissingsonbekwaam te verklaren. Precies daarom verkiezen we de term beslissingsbekwaamheid boven wilsbekwaamheid. De wil verwijst naar een vermogen van de persoon waardoor iemand van wie dit vermogen op de één of andere manier is aangetast, sneller het risico loopt om als persoon onbekwaam te worden verklaard. Het woord beslissingsbekwaamheid daarentegen specificeert dat de bekwaamheid steeds geëvalueerd moet worden met betrekking tot een specifieke beslissing.

Verder is beslissingsbekwaamheid variabel. De bekwaamheid is niet constant, maar veranderlijk in de tijd en per situatie. Mensen kunnen op het ene moment wel beslissingsbekwaam zijn, maar niet op een ander moment. Dit is afhankelijk van de situatie van rust of crisis waarin de persoon zich bevindt of van de ontwikkeling van de psychische problematiek.

Niet in het minst is beslissingsbekwaamheid gradueel. Het is geen zwart-witconcept waarbij iemand volledig beslissingsbekwaam of volledig onbekwaam is. We kunnen bekwaamheid plaatsen op een graduele lijn van volledig beslissingsbekwaam over gedeeltelijk beslissingsbekwaam tot volledig beslissingsonbekwaam, en dit steeds met betrekking tot een specifieke beslissing op een bepaald

levensdomein, en op een precies moment in een bepaalde situatie.

Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen deze eigenschappen van beslissingsbekwaamheid en de kenmerken van de evaluatie ervan. Waar de beslissingsbekwaamheid gradueel is, hanteert men bij de beoordeling ervan een drempel. Vanaf een bepaalde drempel of graad is iemand wel of niet bekwaam om een bepaalde beslissing te nemen voor een bepaalde handeling op een bepaald moment en in een bepaalde situatie. Zo kunnen zorgverleners niet besluiten om iemand die gedeeltelijk beslissingsbekwaam is gedeeltelijk een auto te laten besturen. De evaluatie gaat uit van een drempel die aanduidt of iemand voldoende of onvoldoende bekwaam is voor een bepaalde beslissing of handeling.

Vervolgens focust het oordeel over de beslissingsbekwaamheid op het proces van het nemen van een beslissing. Het gaat niet om de beslissing zelf, maar om de besluitvorming of de motivering van de beslissing. Het is immers mogelijk dat mensen iemand beslissingsbekwaam achten op basis van de motivering, ook al zijn ze het niet eens met de inhoud van de beslissing. Dit leidt ertoe dat we het beste het oordeel over de beslissingsbekwaamheid kunnen onderscheiden van de ethische evaluatie van de inhoud van de beslissing. Zo kunnen zorgverleners een zorgvrager beslissingsbekwaam achten om een euthanasieverzoek te doen, terwijl ze euthanasie in die omstandigheden niet verantwoord vinden om andere redenen dan de beslissingsbekwaamheid.

Ten slotte is het oordeel over de beslissingsbekwaamheid een normatieve zaak. De beoordeling kan niet rechtstreeks afgeleid worden uit de feiten, maar is gebaseerd op impliciete of expliciete criteria die zelf gefundeerd zijn in een bepaald mensbeeld, met zijn waarden en normen. Bovendien hebben zorgverleners goede redenen om hun oordeel over de beslissingsbekwaamheid ook te laten beïnvloeden door de ernst van de gevolgen van een beslissing. Zo kunnen zorgverleners de drempel voor beslissingsbekwaamheid bij een euthanasieverzoek hoger leggen dan bij de beslissing over de dagbesteding van de zorgvrager.

Benaderingen

Naast deze eigenschappen van beslissingsbekwaamheid en kenmerken van de evaluatie ervan, kunnen we ook verschillende benaderingen bij de beoordeling van de beslissingsbekwaamheid onderscheiden (Berghmans & Widdershoven 2003; Berghmans e.a. 2004; Welie 2008; Ruisen e.a. 2011).

COGNITIEVE BENADERING

De sterkst ontwikkelde is de *cognitieve benadering*. Hier wordt vooral rekening gehouden met de cognitieve ver-

mogens van de persoon in kwestie en het redelijke of rationele karakter van de besluitvorming. De vier gangbaarste criteria in deze benadering zijn:

- het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken;
- het vermogen om informatie te begrijpen;
- het vermogen om de situatie te waarderen;
- het vermogen om informatie rationeel te hanteren (Appelbaum 2007; Beauchamp & Childress 2013).

Het eerste vermogen, om een keuze te maken en uit te drukken, is vrij evident en stelt weinig eisen. Het tweede vermogen sluit goed aan bij het proces van geïnformeerde toestemming waarbij de zorgverlener informatie geeft over de verschillende handelingsmogelijkheden en hun voor- en nadelen, en de zorgvrager die informatie kan begrijpen. Het derde vermogen heeft betrekking op de toepassing en de waardering van deze informatie door de zorgvrager in relatie tot de eigen situatie. Het laatste vermogen gaat over het logisch of rationeel redeneren over de voor- en nadelen van de handelingsmogelijkheden. Dit laatste stelt hoge eisen aan het besluitvormingsproces van de zorgvrager. Deze cognitieve benadering werd geoperationaliseerd in de *MacArthur Competence Assessment Tool* (MACCAT-schaal)

BENADERING VANUIT COGNITIES EN EMOTIES

Er is heel wat kritiek op het rationele karakter van deze benadering. In het dagelijks leven maken mensen veel keuzes die niet louter vanuit de rede, maar ook sterk vanuit gevoelens en emoties gemotiveerd zijn. Bij de belangrijkste keuzes in het leven, zoals voor een partner, een beroep of een levensovertuiging, is het duidelijk dat niet alleen redelijke argumenten, maar ook emotionele drijfveren een beslissende rol spelen. Beslissingsbekwaamheid kan dus ook benaderd worden vanuit emoties (Charland 1998).

Een nadeel van deze benadering is evenwel dat ze moeilijker te objectiveren is. Welke emotionele drijfveren kunnen de basis vormen van een beslissingsbekwame keuze? Wanneer is een handeling die vooral gedreven is vanuit een grote of onweerstaanbare passie of angst een beslissingsbekwame keuze?

BENADERING VANUIT COGNITIES, EMOTIES EN WAARDEN

Een derde benadering stelt dat naast cognities en emoties, ook waarden de basis kunnen vormen van een beslissing. Mensen maken in hun leven belangrijke keuzes vanuit hun levensverhaal en identiteit, vanuit hun waarden en doelen. Bij de evaluatie van beslissingsbekwaamheid spelen dus ook waarden een belangrijke rol.

Maar ook deze benadering is moeilijker te objectiveren. Ook hier doet zich de vraag voor: welke waarden kunnen de basis vormen van een beslissingsbekwame keuze? Zo kunnen jonge vrouwen met anorexia nervosa levensred-

dende of andere behandelingen weigeren omdat ze een bepaald schoonheidsideaal als de belangrijkste waarde in hun leven beschouwen (Tan e.a. 2006). Is de prioriteit van deze waarde aanvaardbaar of is deze ziekmakend of pathologisch voor de zorgvrager? Dit is heel delicaat om te evalueren omdat het niet de bedoeling is dat zorgverleners de inhoud van de beslissingen beoordelen, maar enkel de motivering van de beslissing. Niettemin kunnen inhoud en motivering niet helemaal los van elkaar gezien worden.

Criteria voor wilsbekwaamheid

Het verbreden van de cognitieve benadering met de benaderingen vanuit emoties en vanuit waarden is verrijkend. De drie benaderingen bevatten relevante criteria om de beslissingsbekwaamheid te evalueren. We beschouwen ze niet als exclusief, maar als complementair. We integreren de benaderingen om ze samen de basis te laten vormen voor een samenhangend geheel van criteria voor de evaluatie van beslissingsbekwaamheid. We creëren deze samenhang door een beroep te doen op de reeds voorgestelde relationele ethiek: een ethisch denkkader dat we ontwikkeld hebben om beslissingen in de zorg te evalueren.

In dit denkkader zijn er vier elementen essentieel om een beslissing ethisch te evalueren: de situatie, de keuzemogelijkheden, de motieven en de effecten (Liégeois 2014). Deze vier elementen zijn een herinterpretatie van de zogenaamde 'bronnen van de moraliteit' (Hoose 1987). De evaluatie van een beslissing omvat:

- het analyseren van de situatie;
- het overwegen van de keuzemogelijkheden;
- het inschatten van de effecten;
- het verhelderen van de motieven.

We hanteren deze vier ethisch evaluatieve elementen om tien criteria uit de verschillende benaderingen van beslissingsbekwaamheid te integreren.

ANALYSE VAN DE SITUATIE

Het eerste element van het ethisch denkkader is het analyseren van de situatie. Dit betekent dat de eerste reeks criteria de bekwaamheid van de zorgvrager evalueren om de situatie in haar complexiteit en in haar context te analyseren. Onder dit eerste evaluatieve element plaatsen we drie criteria uit de cognitieve benadering: het begrijpen van informatie, het toepassen van die informatie op de eigen situatie, en het inzicht verwerven in de eigen situatie. De eerste twee criteria stemmen overeen met het vermogen om informatie begrijpen en het vermogen om informatie toe te passen uit de cognitieve benadering, terwijl het derde criterium daarvan het noodzakelijke resultaat is, namelijk het inzicht in de eigen situatie.

Het *eerste criterium* voor beslissingsbekwaamheid is bijgevolg het vermogen om informatie te begrijpen. De zorgvra-

ger kan pas tot een overwogen en verantwoorde beslissing komen door onder meer gebruik te maken van de informatie die de zorgverleners vanuit hun specifieke deskundigheid verstrekken. Of de zorgvrager de informatie effectief begrijpt, hangt af van zijn of haar cognitief vermogen, maar ook van de inspanningen van de zorgverleners om de informatie te verstrekken op een voor de zorgvrager begrijpelijke manier.

Het *tweede criterium* voor beslissingsbekwaamheid is het vermogen om informatie toe te passen op de eigen situatie. Immers, het louter begrijpen van de informatie is niet voldoende. Het is ook noodzakelijk dat de zorgvrager de informatie kan toepassen op zijn of haar situatie. Het zou kunnen dat de zorgvrager de informatie theoretisch begrijpt, maar niet ten volle beseft dat die informatie relevant is voor of impact heeft op zijn of haar situatie.

Het *derde criterium* voor beslissingsbekwaamheid gaat een stap verder en duidt op het belang van het vermogen om inzicht te verwerven in de eigen situatie. Dit steunt voor een deel op het vermogen informatie te begrijpen en toe te passen op de eigen situatie, maar is evenzeer afhankelijk van het realiteitsbesef van de zorgvrager, wat mogelijk beïnvloed wordt door een psychische problematiek.

OVERWEGEN VAN KEUZEMOGELIJKHEDEN

Het tweede element van het ethisch denkkader is het overwegen van de keuzemogelijkheden. De situatie stelt de zorgvrager voor een probleem of een vraag waarop hij of zij wil antwoorden door een keuze te maken uit de verschillende mogelijkheden. Om een verantwoorde beslissing te nemen, is het belangrijk te zoeken naar verschillende alternatieve mogelijkheden.

Het *vierde criterium* voor beslissingsbekwaamheid plaatsen we hier: het vermogen om de keuzemogelijkheden te overwegen. Dit criterium sluit aan bij het eerste vermogen uit de cognitieve benadering, met name het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken. Om een overwogen keuze te maken, is het nodig dat de zorgvrager beseft dat er verschillende keuzemogelijkheden zijn, zoekt naar alternatieve mogelijkheden en deze mogelijkheden tegenover elkaar afweegt.

INSCHATTEN VAN EFFECTEN

Het derde element is het inschatten van de effecten. Hier gaat het om meer objectieve factoren: de gevolgen of de consequenties die een bepaalde keuzemogelijkheid met zich meebrengt. Hier plaatsen we het vijfde en zesde criterium voor beslissingsbekwaamheid: het inschatten van de gevolgen voor zichzelf en het inschatten van de gevolgen voor anderen. Dit sluit ook aan bij de cognitieve benadering, en meer specifiek bij het proces van geïnformeerde toestemming waarbij de zorgvrager een afweging maakt

van de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden. Vanuit relationeel ethisch standpunt gaat het hier echter niet alleen over de effecten of voor- en nadelen voor de zorgvrager zelf, maar ook voor anderen.

Het *vijfde criterium* voor beslissingsbekwaamheid is bijgevolg het vermogen om de effecten voor zichzelf in te schatten. Bij het overwegen van de handlungsmogelijkheden houdt de zorgvrager al rekening met de voor- en nadelen. Daarbij is het belangrijk dat de positieve en de negatieve effecten, de bedoelde en de neveneffecten met betrekking tot de zorgvrager uitdrukkelijk in kaart worden gebracht.

Het *zesde criterium* bouwt daarop verder, maar verbreedt het perspectief naar de anderen. Als de zorgvrager verbonden is in een relationeel netwerk en betrokken is op anderen, heeft hij of zij de verantwoordelijkheid om ook de effecten van de eigen keuze op anderen mee in overweging te nemen. Daarom is het zesde criterium het vermogen om de effecten voor anderen in te schatten. Ook dit impliceert dat rekening wordt gehouden met alle effecten die anderen treffen.

VERHELDEREN VAN MOTIEVEN

Het vierde element van het ethisch denkkader is het verhelderen van de motieven. Nu gaat het om meer subjectieve factoren, met name de motieven om die mogelijkheid te kiezen. Om een verantwoorde beslissing te nemen, is het belangrijk dat de zorgvrager zowel van binnenuit als van buitenaf vrij kan kiezen en dat hij of zij de opvattingen en gevoelens, en de waarden en doelen die hem of haar drijven, kan verhelderen.

Hieruit volgen de laatste vier criteria. Het zevende criterium is het motiveren van de keuze op een invoelbare en begrijpelijke wijze. Dit combineert de cognitieve benadering met de kritiek van de emotionele benadering. Het achtste en negende criterium zijn het vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit en van dwingende invloeden van buitenaf. Dit volgt uit de begripsbepaling van beslissingsbekwaamheid: de beslissing moet vrij genomen worden, zowel van binnenuit als van buitenaf. Het tiende criterium ten slotte is het motiveren van de keuze vanuit eigen waarden en doelen. Dit verwijst uiteraard naar de derde benadering van beslissingsbekwaamheid die de nadruk legt op waarden.

Het *zevende criterium* voor beslissingsbekwaamheid is het vermogen om de keuze op een invoelbare en begrijpelijke wijze te motiveren. De keuze van de zorgvrager is immers niet enkel rationeel gemotiveerd, maar ook emotionele motieven spelen een rol. Het zevende criterium onderzoekt daarom of keuzes op een begrijpelijke én invoelbare wijze gemotiveerd zijn. Het toetsen van dit criterium is een moeilijke en delicate opdracht. Daarom is het belangrijk

dat de zorgverleners waarachtig zijn, met gezond verstand toetsen of de motieven begrijpelijk zijn, en met empathie nagaan of die motieven ook invoelbaar zijn voor andere mensen.

De volgende criteria gaan verder in op de motieven.

Het *achtste criterium* gaat over het vermogen vrij te zijn van dwingende invloeden van binnenuit. Er zijn uiteraard altijd invloeden van binnenuit doordat mensen hun levensgeschiedenis opbouwen en deze hen blijft beïnvloeden. Het criterium stelt echter dat de invloeden niet van dwingende aard mogen zijn. Invloeden zijn van dwingende aard wanneer ze ervoor zorgen dat de zorgvrager van binnenuit geen andere keuze heeft. Hier kunnen we te maken hebben met een psychische problematiek die de innerlijke vrijheid van de zorgvrager beperkt, of die zich vertaalt in een onweerstaanbare drang die de vrijheid onmogelijk maakt.

Het *negende criterium* loopt hiermee gelijk en betreft het vermogen vrij te zijn van dwingende invloeden van buitenaf. Opnieuw kunnen we stellen dat er altijd invloeden van buitenaf zijn omdat mensen beïnvloed worden door andere mensen met wie ze verbonden zijn en door de maatschappij en cultuur waarin ze leven. Die invloeden zijn onmiskenbaar aanwezig, maar mogen niet verworden tot een uitwendige dwang die de vrijheid opheft. Invloeden van buitenaf kunnen ook door de zorgvrager zelf verinnerlijkt worden tot dwingende invloeden van binnenuit. Het *tiende criterium* sluit aan bij de benadering vanuit waarden en gaat over het vermogen om de keuze vanuit eigen waarden en doelen te motiveren. Dit is een delicaat criterium omdat het niet de bedoeling is om de waarden en doelen van de zorgvrager te evalueren, maar wel of de beslissingen aansluiten bij de eigen waarden en doelen van de zorgvrager. Mensen maken in hun leven spontaan keuzes vanuit de waarden en doelen die ze in hun levensverhaal hebben eigen gemaakt en belangrijk zijn voor hun identiteit. Maar ze kunnen van mening veranderen en op een bepaald moment kiezen voor andere waarden en doelen. De vraag is dan of deze waarden en doelen gericht zijn op een nieuw toekomstproject en een gewenste toekomstige identiteit van de zorgvrager.

Het evalueren van de waarden en doelen zelf van de zorgvrager is problematisch omdat de zorgverleners dan de inhoud van de beslissingen beoordelen. Bij beslissingsbekwaamheid gaat het niet zozeer om de inhoud van de beslissing, maar om de besluitvorming of de motivering. Daarom is het evalueren van waarden en doelen gericht op het verhelderen van de vraag of de waarden en doelen aansluiten bij het levensverhaal en de reeds opgebouwde identiteit of bij het levensproject en de toekomstige identiteit.

Werkwijze voor de evaluatie

De zorgverleners kunnen de beslissingsbekwaamheid van de zorgvrager evalueren op basis van deze tien criteria. Uiteraard gaat het telkens om een evaluatie van de bekwaamheid om een bepaalde beslissing te nemen op een bepaald levensgebied, op een bepaald moment, en in een specifieke situatie. Beslissingsbekwaamheid is immers een specifiek en een variabel concept. Maar het is ook een gradueel concept, wat impliceert dat de beslissingsbekwaamheid niet zwart-wit is. Om de beslissingsbekwaamheid op een concrete en effectieve manier te evalueren, hebben we een praktisch instrument ontwikkeld waarmee de tien criteria kunnen worden gescoord op een schaal met een gradatie van plus en min. Het instrument wordt in **FIGUUR 1** voorgesteld.

GEBRUIK VAN HET INSTRUMENT

Het instrument voor het ethisch toetsen van de beslissingsbekwaamheid is gebaseerd op de tien voorgestelde criteria. De criteria worden afzonderlijk getoetst zodat elk voldoende aandacht krijgt. Ze worden gescoord op een schaal met een gradatie van drie, twee of één min(nen) tot één, twee of drie plus(sen). We hebben er uitdrukkelijk voor gekozen niet te werken met getallen om duidelijk te maken dat het niet gaat om een rekensom met een positief of negatief totaal. Bovendien hebben we op de schaal geen nulpunt of neutraal punt voorzien, zodat bij elk criterium een duidelijke positie moet worden ingenomen.

Het scoren van de tien criteria zien we als de *analytische fase* van het toetsen. Indien een criterium negatief scoort, wordt de zorgverlener uitgedaagd om te onderzoeken hoe de negatieve score kan worden omgebogen tot een positieve score. Dit houdt de opdracht in na te gaan hoe de beslissingsbekwaamheid van de zorgvrager wat betreft dat criterium nog versterkt kan worden.

Na de analytische volgt een *synthetische fase*. De evaluatie van de beslissingsbekwaamheid is een globaal of synthetisch oordeel. De vraag is hoe we op basis van de afzonderlijke scores van de tien criteria één globale evaluatie kunnen bereiken. Het optellen van de afzonderlijke scores en het vastleggen van een minimale totale score voor een positieve evaluatie van beslissingsbekwaamheid is verleidelijk. Toch opteren we ervoor dit niet te doen. Elk criterium telt in een globale evaluatie, maar in concrete zorgsituaties weegt het ene criterium soms zwaarder mee dan het andere.

Door het vastleggen van een minimale totale score lopen we het risico om alle criteria voor beslissingsbekwaamheid even zwaar te laten meewegen in de beoordeling van welke beslissing dan ook, zonder rekening te houden met de concrete zorgsituatie en de effecten van de beslissing. Het lijkt ons geoorloofd en wenselijk de drempel voor de beslissingsbekwaamheid hoger te leggen bij de beslissing met ernstige gevolgen en lager bij de beslissing met minder ernstige gevolgen. Voor een gedegen ethische evaluatie is ruimte nodig om te specificeren en te nuanceren en deze ruimte valt weg bij het louter tellen van scores.

Door niet te werken met een optelsom komt er een zwaarder gewicht te liggen op de synthetische evaluatie. Daarom is het belangrijk dat deze evaluatie niet verricht wordt door één persoon, maar in de dialoog tussen alle betrokken partners in de zorg: zorgvrager, naastbetrokkenen en zorgverleners. Hier levert de relationele ethiek opnieuw een belangrijke bijdrage. Alle betrokkenen evalueren eerst afzonderlijk de tien criteria zodat ieder zijn of haar evaluatie volledig en onafhankelijk kan maken. Daarna vergelijken alle betrokkenen samen de verschillende toegekende scores van de afzonderlijke criteria, bespreken ze de verschillen en maken ze een globale evaluatie, rekening houdend met de situatie, de handelingsmogelijkheden, de effecten en de motieven.

FIGUUR 1 Instrument om de beslissingsbekwaamheid te evalueren, waarbij tien criteria gescoord kunnen worden op een schaal met een gradatie van plus (+, ++ en +++) en min (-, -- en ---)

1. Begrijpen informatie	----- + ++ +++
2. Toepassen informatie op eigen situatie	----- + ++ +++
3. Inzicht verwerven in eigen situatie	----- + ++ +++
4. Overwegen keuzemogelijkheden	----- + ++ +++
5. Inschatten gevolgen voor zichzelf	----- + ++ +++
6. Inschatten gevolgen voor anderen	----- + ++ +++
7. Motiveren keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze	----- + ++ +++
8. Vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit	----- + ++ +++
9. Vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf	----- + ++ +++
10. Motiveren keuze vanuit eigen waarden en doelen	----- + ++ +++

BETROKKENEN

In principe is de zorgvrager de meest betrokken persoon en komt het aan hem of haar toe om een evaluatie van zijn of haar beslissingsbekwaamheid te maken aan de hand van het scoren van de tien criteria. Uiteraard veronderstelt dit al een grote mate van beslissingsbekwaamheid die niet altijd aanwezig is. De zorgverleners en de naastbetrokkenen kunnen de zorgvrager echter begeleiden en ondersteunen bij het evalueren van de beslissingsbekwaamheid. Ze kunnen elk criterium aan de zorgvrager uitleggen en vragen om zijn of haar mening in eigen woorden weer te geven. Als de zorgvrager daar niet zo goed in slaagt, kunnen ze de zorgvrager bij elk van de tien criteria helpen zijn of haar mening uit te drukken. Op deze manier zijn de zorgverleners en de naastbetrokkenen niet enkel bezig met het evalueren, maar ook met het versterken van de beslissingsbekwaamheid. En juist daar komt het in de zorg op aan: de beslissingsbekwaamheid van de zorgvrager zodanig versterken dat hij of zij zelf beslissingen kan nemen. Maar het is niet altijd mogelijk dat de zorgvrager dit kan. Dan komt de evaluatie volledig te liggen in de dialoog tussen de zorgverleners en de naastbetrokkenen. Deze laatste zijn heel belangrijk omdat ze meestal ook de wet-

telijke vertegenwoordiger van de zorgvrager zijn als de zorgvrager daadwerkelijk niet meer beslissingsbekwaam is.

Als ook de naastbetrokkenen om welke reden dan ook de beslissingsbekwaamheid van de zorgvrager niet mee kunnen evalueren, dan komt de evaluatie volledig aan de zorgverleners toe. Het is belangrijk dat de zorgverleners dit zo veel mogelijk in interdisciplinaire dialoog doen, met inbreng van alle beroepsgroepen.

Besluit

De evaluatie blijft altijd een subjectief gegeven. Niettemin zijn er sterke middelen om te streven naar een grotere objectiviteit of naar intersubjectiviteit. Het eerste middel is het werken met criteria: het gebruik van de tien criteria, het afzonderlijk scoren daarvan, het ombuigen van de negatieve scores en het globaal evalueren van de scores van alle criteria. Het tweede middel is het voeren van de dialoog: het evalueren van de beslissingsbekwaamheid door de zorgvrager zelf, door de naastbetrokkenen en de zorgverleners, en het integreren van deze evaluaties. De combinatie van deze twee middelen kan zeker leiden tot een grotere objectiviteit in de subjectiviteit.

LITERATUUR

- Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007; 357: 1834-40.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York/Oxford: Oxford University Press; 2013.
- Charland LC. Is Mr. Spock mentally competent? Competence to consent and emotion. *Philos Psychiat Psychol* 1998; 5: 67-81.
- Berghmans RLP, Widdershoven GAM. Ethical perspectives on decision-making capacity and consent for treatment and research. *Med Law* 2003; 22: 391-400.
- Berghmans R, Dickenson D, Ter Meulen R. mental capacity: in search of alternative perspectives. *Health Care Analysis* 2004; 12: 251-63.
- Doorn N. Wilsbekwaamheid: weldoen, autonomie, identiteit. Amsterdam: Boom; 2009.
- Haekens A. Beslissingsbekwaamheid in de gerontopsychiatrische context. Leuven: University Press; 1998.
- Hartogh Den G. Do we need a threshold conception of competence? *Med Health Care Philos* 2016; 19: 71-83.
- Heijst van A. Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Klement; 2005.
- Hoose B. Proportionalism. The American debate and its European roots; Washington: Georgetown University Press, 1987.
- Liégeois A. Waarden in dialoog: ethiek in de zorg. Leuven: LannooCampus; 2014.
- Nys H. Recht en bio-ethiek. Leuven: LannooCampus; 2014.
- Ruissen AM, Meynen G, Widdershoven GAM. Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 405-14.
- Tan J, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope RA. Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philos Psychiat Psychol* 2006; 13: 267-82.
- Welie SPK. Criteria for assessment of patient competence: a conceptual analysis from the legal, psychological and ethical perspectives. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2008.
- Widdershoven GAM, Ruissen A, van Balkom AJLM, Meynen G. Competence in chronic mental illness: the relevance of practical wisdom. *J Med Ethics* 2017; 43: 374-8.

SUMMARY

A relational ethical model for the assessment of decision-making competence in psychiatry

A. LIÉGEOIS

BACKGROUND Nowadays, partly due to legislation, decision-making competence is playing an ever-increasing role in psychiatry. So far, however, there are no clear criteria for evaluating the actual competence of the procedure.

AIM To develop a relational ethical model, including criteria and methodology, which can be used to assess and enhance decision-making competence mainly from a relational and ethical perspective.

METHOD Combination of a review of the literature and ethical reflection. First of all, a limited study was made of the literature relating to the concept of and criteria for decision-making competence. On the basis of the literature and relational ethical reflection, ten criteria were developed for decision-making competence and a method was devised for assessing the procedure.

RESULTS The criteria that have to be satisfied can be summarised as follows: the persons involved must understand the information, and must be able to apply it to their own situation. They must be able to gain insight into their own situation and be able to weigh up the available options, and be able to estimate consequences for themselves, as well as for others. They must be able to motivate choices in a sensible and comprehensible manner without being subject to coercive influences coming from internal and external sources. Participants' choices should be motivated on the basis of their own personal values. The decision-making competence is assessed and enhanced by giving a score to the individual criteria and by making an overall evaluation. This is achieved by a dialogue including all the persons involved: the care seeker (as far as possible), close relatives and the care-providers.

CONCLUSION The persons involved can attain greater objectivity by exchanging views orally on the ten proposed criteria for decision-making competence.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)1, 29-36

KEY WORDS criteria, decision-making competence, dialogue, ethics, mental competence