

Wilsbekwaamheid: kun je ‘goed’ beslissen gevaar te lopen?

A. VELLINGA, A. EDERVEEN

SAMENVATTING Een 35-jarige man lijdt aan insulineafhankelijke diabetes mellitus, alcoholmisbruik, een amnestisch syndroom en dementie na een hypoglykemisch coma. Tweemaal wordt zijn wilsbekwaamheid beoordeeld. Deze twee beoordelingen tonen dat oordelen over de vaardigheden en de ernst van de consequenties voor de patiënt door elkaar lopen. Bij wilsbekwaamheidbeoordelingen moet onderscheid worden gemaakt tussen beslisvaardigheid en de ernst van de consequenties voor de patiënt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)6, 395-399]

TREFWOORDEN beslisvaardigheid, consequenties, wilsbekwaamheid

Wilsbekwaamheid is een complex begrip. Er zijn veel theoretische discussies over de definitie ervan en, niet minder van belang, over hoe wilsbekwaamheid te operationaliseren in de klinische praktijk. Pogingen om tot herdefinities te komen die de beoordeling van wilsbekwaamheid bij psychiatrische patiënten op een positieve manier kunnen beïnvloeden worden vaak juridisch of ethisch beargumenteerd. Door theoretische aspecten van wilsbekwaamheid te toetsen aan een gevalsbeschrijving van een klinische patiënt, hopen wij iets bij te dragen aan de beoordeling van wilsbekwaamheid door psychiaters.

In deze gevalsbeschrijving staan twee wilsbekwaamheidbeoordelingen centraal. Deze twee beoordelingen worden middels de theorie van de wilsbekwaamheid geanalyseerd. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de criteria van de wilsbekwaamheid en de ernst van de consequenties voor de patiënt.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 35-jarige man wordt opgenomen in een

revalidatiecentrum in verband met de gevolgen van diffuus hersenletsel na een langdurig hypoglykemisch coma bij insulineafhankelijke diabetes mellitus (IDDM) en alcoholmisbruik. Wegens zwerfgedrag en desoriëntatie wordt hij krachtens een Voorlopige Machtiging (VM) in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) overgeplaatst naar een PAAZ-afdeling. Er wordt de volgende diagnose gesteld: amnestische stoornis, geïnduceerd door alcoholmisbruik en een dementie na hypoglykemisch coma.

Aansluitend wordt de behandeling in het revalidatiecentrum voortgezet krachtens de VM. Er is geleidelijk enig herstel, echter het ziekte-inzicht blijft ontbreken. Patiënt overziet niet de gevolgen voor zijn huidig en toekomstig functioneren en is niet gemotiveerd voor revalidatie. Hij weigert herhaaldelijk insuline, wat leidt tot een opname op de afdeling interne geneeskunde wegens een dreigend coma. Tevens heeft hij de persisterende wens om naar huis te gaan. Nadat hij heeft aangegeven insuline zelfstandig te kunnen gebruiken, wordt hij ontslagen. Patiënt krijgt thuis intensieve so-

matistische en psychiatrische zorg. De familie regelt de financiën en ondersteunt patiënt in dagelijkse activiteiten. Het zelfstandig functioneren is zeer beperkt, de zelfzorg is slecht.

In deze situatie vindt de eerste wilsbekwaamheidsbeoordeling plaats. Patiënt zou zich ten aanzien van zijn insulinegebruik en omgang met het dieet onverantwoordelijk en onbetrouwbaar gedragen. De psychiater oordeelt dat patiënt de indruk maakt de consequenties van te lage bloedsuikers en het gevaar van een hypoglykemisch coma te kunnen begrijpen. De patiënt zegt expliciet dat het hem om het even is als hij eventueel doodgaat. Er wordt geoordeeld dat deze mededeling een weloverwogen onverschilligheid toont. Als motivatie noemt patiënt dat hij het leven op dit moment niet leuk vindt, omdat hij geen werk heeft en verder ook niet veel. Het psychiatrisch onderzoek vermeldt dat patiënt helder van bewustzijn is. In zijn antwoorden op vragen over wat voorafging, geeft hij een wisselend beeld van wat hij zich kan herinneren. De aanleiding voor opname in het revalidatiecentrum zegt hij niet te weten. Hierbij komt hij niet geheel betrouwbaar over, hij maakt zich ervan af. De oriëntatie in tijd lijkt licht gestoord. In plaats en persoon is hij goed georiënteerd. In zijn denken lijkt hij weinig overzicht te hebben, en zijn antwoorden zijn in het directe wel coherent, maar een lange gedachtelijn kan hij niet goed vasthouden. Zijn intelligentie lijkt benedengemiddeld. De stemming is dysfoor. Het affect moduleert wel enigszins, op kinderlijke wijze. Er is sprake van passieve doodswens. De conclusie luidt: 'risicovol gedrag in het omgaan met IDDM bij een jongeman met een minder dan gemiddelde intellectuele begaafdheid en enige moeite met overzicht, die desondanks bewust de genoemde risico's loopt'. De indruk van de psychiater is dat patiënt als wilsbekwaam moet worden beschouwd. Op basis van deze beoordeling wordt besloten om de VM te laten aflopen en patiënt aan te spreken op eigen verantwoordelijkheid.

Naarmate de situatie thuis verslechtert, rijzen er steeds meer twijfels over de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van zijn somatisch

lijden. Aanleiding hiervoor is dat de patiënt een ulcus diabeticus op zijn voet heeft ontwikkeld als gevolg van wisselende bloedsuikers. Omdat hij de voorgeschreven antibiotica niet goed inneemt, ontwikkelt hij osteomyelitis waarvoor antibiotica en het regelmatig schoonmaken van de wond worden geïndiceerd. Patiënt blijft een opname in een ziekenhuis en chirurgische behandeling weigeren. De chirurg schrijft meerdere malen een antibioticumkuur voor. De prognose bij het niet nakomen van de voorgeschreven behandeling is slecht, er dreigt een beenamputatie.

Het psychiatrisch onderzoek in het kader van een eventuele inbewaringstelling (IBS) luidt nu als volgt: afwerend en dwingend in contact. De oriëntatie in tijd lijkt gestoord, maar is moeilijk te beoordelen. Aandacht is moeilijk te trekken, alleen een simpel gesprek over dagelijkse dingen is mogelijk. Er zijn inprentingsstoornissen en woordvindstoornissen. Er is geen sprake van wanen of hallucinaties. Er is geen depressieve stemming, maar de stemming is wel negativistisch en er is een passieve doodswens en opvallende onverschilligheid over de eigen gezondheid. De psychiater komt tot de conclusie dat de patiënt wilsonbekwaam is, op basis van zijn cognitieve stoornissen bij een hersenletsel. Als gevolg daarvan vertoont hij ernstige oordeels- en kritiekstoornissen ten aanzien van vooral zijn somatische problematiek. Ondanks voorlichting en toezicht weigert de patiënt zijn antibiotica in te nemen en het voortduren van deze situatie kan bij de patiënt lijden tot een ernstig blijvend lichamelijk letsel. Daarnaast is er sprake van een maatschappelijke teloorgang en marginaal functioneren thuis. Op basis van deze gevaarcriteria wordt er een VM afgegeven, waarop opname volgt op een PAAZ-afdeling en de somatische behandeling wordt ingezet.

De beide wilsbekwaamheidsoordelen worden naast elkaar gelegd in tabel 1.

TABEL 1 Twee wilsbekwaamheidbeoordelingen bij een patiënt

Wilsbekwaamheidscriteria	Oordeel I	Oordeel II
Maken van een keus	–	Weigert antibiotica
Begrijpen van de situatie	Begrip is aanwezig.	–
Rationeel redeneren	Weloverwogen keus, met als motief dat patiënt het leven niet leuk vindt.	–
Waarderen van de situatie	Patiënt heeft moeite met overzicht. Patiënt is onverschillig over overlijdensrisico. – = in het oordeel niet genoemd	Patiënt overziet de gevolgen niet (oordeels- en kritiekstoornissen)

WILSBEKWAAMHEID: DE AANLEIDING, CRITERIA EN ERNST VAN DE CONSEQUENTIES

Wilsbekwaamheid wordt vaak geoperationaaliseerd als besluitvormingsvermogen. Centraal staan hierin de volgende vermogens: het kunnen maken en uitdrukken van een keuze, het kunnen begrijpen van relevante informatie, het rationeel kunnen hanteren van informatie en het op waarde kunnen schatten van de situatie (Van de Klippe 1990; Berghmans 2000).

In het licht van de vaardigheden die in de literatuur genoemd worden, valt op dat er alleen in het tweede oordeel gesproken wordt over het 'maken van een keus': patiënt weigert behandeling. Overigens wordt dit niet als vaardigheid opgevat, maar als aanleiding voor de beoordeling en als een van de factoren beschouwd waarom patiënt mogelijk wilsonbekwaam is. 'Begrip van de situatie' wordt alleen in de eerste beoordeling genoemd, evenals het 'rationeel redeneren'. In het tweede oordeel wordt gesproken over oordeels- en kritiekstoornissen ten aanzien van het 'waarderen van de (somatische) situatie': beperking van cognitieve functies die eventueel kan interfereren met meerdere beslisvaardigheidsvermogens. Overigens worden de oordeels- en kritiekstoornissen niet duidelijk omschreven. In beide oordelen staat het overzicht van de situatie wel centraal (wat geoormerkt kan worden als het vermogen de situatie te waarderen).

In beide oordelen lopen de vaardigheden die met wilsbekwaamheid worden geassocieerd en de psychiatrische diagnoses door elkaar. Vanuit de theoretische beschouwingen van wilsbekwaamheid wordt echter altijd benadrukt dat een psychi-

atrische diagnose niet voldoende is voor een wilsbekwaamheidsoordeel. Weliswaar kunnen onderliggende psychiatrische aandoeningen besluitvormingsvermogens aantasten, maar zij vormen op zich niet voldoende reden voor wilsonbekwaamheid (Roth e.a. 1977; Bakker 1994). Bij het toetsen van vermogens wordt de situatiespecifiteit van een bepaalde keus benadrukt (Appelbaum & Grisso 1995). Vergelijk bijvoorbeeld ook de definitie van wilsbekwaamheid in de Nederlandse Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (artikel 446 e.v. Boek 7 Burgerlijk Wetboek): '...voor zover iemand in staat kan worden geacht zijn of haar belangen ter zake te overzien'.

De situaties verschillen van elkaar in de ernst van de consequenties. Bij de eerste beoordeling was er kans op een hypoglykemisch coma, maar werd de toestand niet als direct bedreigend ervaren. Bij de tweede beoordeling was er een direct risico op een beenamputatie en mogelijk hiermee samenhangende septische shock. Het is opvallend dat in beide oordelen de ernst van de situatie zowel de aanleiding is, als een factor in het proces van de beoordeling en de uiteindelijke uitkomst. In het eerste geval lijkt de inschatting dat de situatie geen acuut gevaar voor de patiënt oplevert te leiden tot het oordeel dat patiënt zijn situatie kan overzien en hiervoor waarschijnlijk verantwoordelijkheid kan dragen. In het tweede geval lijkt de weigering van de antibiotica en de hierdoor dreigende amputatie tot het oordeel te leiden dat patiënt zijn situatie niet kan overzien.

In theoretische beschouwingen over het concept wilsbekwaamheid wordt dit probleem van vermenging tussen uitkomst van de beslissing en mogelijke consequenties enerzijds en individuele besluitvormingsvermogens anderzijds ook gesig-

naleerd. Ook al is 'een redelijke uitkomst' van een beslissing wel genoemd als een van de vermogens of standaarden van wilsbekwaamheid (Roth e.a. 1977), de algemene consensus is nu dat het beoordelen van vermogens los moet staan van de inhoud. Er moet een oordeel over het proces worden geveld, en niet over de inhoud van de beslissing. Dit laatste brengt namelijk het gevaar met zich mee dat iedereen moet handelen naar het gelijk van het grootste getal. Ten tweede speelt ook in het model van de glijdende schaal de verbondenheid tussen consequenties van de inhoud van een keus en de individuele vermogens een rol. Dit model houdt in dat naarmate de ernst van de consequenties groter worden voor de betrokkene, de standaard van wilsbekwaamheid strikter moet worden gesteld (Drane 1985). Situaties met minder ernstige consequenties volstaan met de standaard 'het kunnen uitdrukken van een keus', terwijl situaties met ernstige gevolgen hogere standaarden zoals 'waarderen' vereisen.

Theoretisch is het mogelijk om persoonlijke vaardigheden en ernst van de situatie van elkaar te onderscheiden, in de praktijk gebeurt dat niet. Mogelijk is dit onderscheid binnen de context van de psychiatrie nog lastiger dan in de somatische context, omdat binnen de psychiatrie ook gewerkt wordt met het gevaarscriterium van de BOPZ. Bij het gevaarscriterium is de uitkomst van de keus, en het daarbij ingeschatte gevaar, wel van doorslaggevend belang in een oordeel over al dan niet gedwongen opname. Of iemand al dan niet wilsbekwaam is om te kiezen voor een alternatief dat gevaar voor zichzelf of de omgeving oplevert, is daarbij niet een juridische vereiste. Hoewel de vaardigheden de nadruk lijken te leggen op het proces van besluitvorming, bevatten zij tegelijkertijd aspecten waarbij eigen normatieve oordelen over de situatie en de inhoud van het besluit niet te voorkomen zijn. Wat wij een goede redenering of een juiste waardering van de situatie vinden hangt namelijk mede af van onze eigen normatieve opvatting over de situatie waarin de ander zich bevindt.

Desalniettemin willen wij benadrukken dat

men zich bij wilsbekwaamheidsoordelen ervan bewust moet zijn dat het oordeel uit twee elementen is opgebouwd. Enerzijds is er de aard van de situatie met mogelijk (ernstige) gevolgen voor een patiënt en anderzijds zijn er de vermogens van de patiënt waarover een oordeel wordt geveld. Door beide kritisch te toetsen alvorens men een oordeel geeft, komt men tot een betere beoordeling van wilsbekwaamheid.

✍ Met dank aan drs. T. van Kleffens, prof.dr. E. van Leeuwen

en dr. L. Perquin (allen werkzaam in het VU Medisch Centrum te Amsterdam), die eerdere versies van dit artikel becommentarieerden.

LITERATUUR

- Appelbaum, P.S., & Grisso, T. (1995). The MacArthur Treatment Competence study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law and Human Behavior*, 19, 105-126.
- Bakker, T.J.E.M. (Red.). (1994). *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Berghmans, R.L.P. (2000). *Bekwaam genoeg? Wils(on)bekwaamheid in geneeskunde, gezondheidsrecht en gezondheidsethiek*. Pre-advies van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek.
- Drane, J.F. (1985). The many faces of competency. *Hastings Center Report*, 15, 17-21.
- Klippe, C.J. van de. (1990). Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 47, 123-138.
- Roth, L.H., Meisel, A., & Lidz, C.W. (1977). Tests of competency to consent to treatment. *American Journal of Psychiatry*, 134, 279-284.

AUTEURS

A. VELLINGA is arts-onderzoeker en was ten tijde van het schrijven van het artikel werkzaam bij het Centrum Ethiek en Levensbeschouwing en de afdeling Psychiatrie, EMGO, VU Medisch Centrum te Amsterdam. Zij is nu als arts-assistent werkzaam bij Mentrum, Amsterdam.

A. EDERVEEN is psychiater en werkzaam bij GGZ Buitenzamenstel en als onderzoeker Longitudinal Aging Study Amsterdam, VU Medisch Centrum te Amsterdam.

Correspondentieadres: A. Vellinga, VU Medisch Centrum, Centrum Ethiek en levensbeschouwing, Van der Boechorststraat 7,

1081 BT Amsterdam. Tel.: (020) 4446775.

E-mail: astrid.vellinga@mentrum.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-1-2004.

SUMMARY

Competence: can a patient's decision to run risks be deemed a 'good' and responsible decision? – A. Vellinga, A. Ederveen –

A 35-year-old man is suffering from insulin dependent diabetes mellitus, alcohol abuse, an amnestic syndrome and dementia after a hypoglycaemic coma. On two separate occasions a psychiatrist assesses whether the patient is sufficiently competent to give his consent to treatment. The two assessments of competence turn out to be contradictory. It becomes evident that the assessment of competence and the seriousness of the consequences for the patient are deeply intertwined concepts. It is important to keep these two concepts separate and to distinguish clearly between a patient's decision-making capacity and the seriousness of the consequences.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)6, 395-399]

KEY WORDS competence, consequences, decision-making capacity