

Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden

A.M. RUISSEN, G. MEYNEN, G.A.M. WIDDERSHOVEN

ACHTERGROND Geïnformeerde toestemming, een centraal begrip in de arts-patiëntrelatie, is alleen geldig als deze gegeven wordt door een wilsbekwame patiënt.

DOEL Een overzicht krijgen over de stand van zaken betreffende het begrip 'wilsbekwaamheid' in de psychiatrie.

METHODE Internationaal literatuuronderzoek en het bestuderen van relevante stukken, zoals Nederlandse wetteksten en handboeken.

RESULTATEN In de literatuur zijn wel beoordelingscriteria te vinden en ook randvoorwaarden, maar een precieze definitie ontbreekt. Een aantal perspectieven op wilsbekwaamheid passeert de revue. Debatten over verschillende conceptualisaties van het begrip, met name voor de psychiatrie, zijn nog in volle gang. Er zijn allerlei instrumenten ontwikkeld om de wilsbekwaamheid te beoordelen; de bekendste is de MacArthur Competence Assessment Tool (MaccAT).

CONCLUSIE De verschillende perspectieven op wilsbekwaamheid zijn te verdelen in een cognitief perspectief, een perspectief met aandacht voor emoties en een waardeperspectief. Meer onderzoek is nodig om de conceptuele discussie relevant te maken voor de psychiatrische praktijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)7, 405-414]

TREFWOORDEN emoties, MaccAT, waarden, wilsbekwaamheid, wilsonbekwaamheid

Autonomie is de afgelopen decennia als concept centraal komen te staan binnen de geneeskunde en daarmee samenhangend ook de wilsbekwame beslissing van de patiënt (Beauchamp & Childress 1994). Voor medische behandelingen of diagnostische onderzoeken heeft de hulpverlener geïnformeerde toestemming nodig. Deze toestemming is alleen dan geldig, als zij gegeven wordt door een wilsbekwame patiënt. De wetgever eist daarom in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) een impliciete of expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid door de behandelaar. Bij wilsonbekwaamheid gaat het om 'een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden

geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake'. In dat geval worden 'de verplichtingen die voor de hulpverlener (...) jegens de patiënt voortvloeien, door de hulpverlener nagekomen jegens de persoon' die de patiënt vertegenwoordigt. De arts volgt de vertegenwoordiger, voor zover dit 'verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener'.

Omdat de WGBO ernaar verwijst, en de meeste behandelingen onder de WGBO plaatsvinden, lijkt de term misschien vooral van toepassing in de somatiek en voor vrijwillige behandelingen binnen de psychiatrie. Echter, wilsbekwaamheid wordt in toenemende mate relevant in de hele psychiatrie. Dat illustreert dit citaat uit de derde eva-

luatie van de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) van april 2007: 'wils(on)bekwaamheid dient een wezenlijk grotere rol te krijgen binnen de Wet Bopz of een nieuwe regeling. Uitgangspunt zou moeten zijn dat wilsbekwame weigering van behandeling gerespecteerd dient te worden en dat meer waarde wordt gehecht aan wilsbekwaam verzet dan aan wilsonbekwaam verzet' (Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz 2007).

Hoe relevant ook, het begrip is – binnen en buiten de psychiatrie – allerm minst duidelijk te definiëren en te operationaliseren (Appelbaum 2007; Beauchamp & Childress 1994; Doorn 2009; Vellinga 2006; Welie 2008). De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP 2008) concludeert dan ook dat de regelgeving en jurisprudentie bij ter zake wilsbekwame of wilsonbekwame patiënten met een psychiatrische stoornis 'niet eenduidig' zijn. Dat roept de vraag op wat de huidige (tussen) stand van zaken is wat betreft wilsbekwaamheid in de psychiatrie. Tot welke inzichten hebben de debatten tot nu toe geleid?

METHODE

Gebruikte literatuur Om een antwoord te vinden op die vraag zochten wij met het trefwoord 'wilsbekwaamheid' in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en het *Tijdschrift voor Psychiatrie*. De discussie over het concept 'wilsbekwaamheid' is internationaal, maar regels en richtlijnen verschillen per land, onder andere omdat er een nauwe samenhang is met het recht. Daarom keken wij in eerste instantie naar de Nederlandse literatuur, hebben we een aantal handboeken en richtlijnen gebruikt en wetteksten bestudeerd. Vervolgens keken we naar de huidige ontwikkelingen in de internationale literatuur, waarbij we ons hebben gericht op de conceptualisatie van het begrip. We zochten via PubMed/Medline en vervolgens werden de literatuurreferenties bekeken (het zogenaamde *forward citation tracking*).

Benadering Allereerst gaan we in op die aspecten van wilsbekwaamheid waarover in de internationale literatuur consensus is bereikt. Daarna worden verschillende perspectieven op wilsbekwaamheid behandeld, terug te vinden in Nederlandse en internationale conceptuele literatuur en empirisch onderzoek; sommige auteurs leggen de nadruk op cognitieve vaardigheden, anderen reserveren een centrale rol voor de emoties of de waarden van de patiënt.

Vanuit verschillende contexten zijn er mogelijk andere behoeften wat betreft de invulling van het begrip 'wilsbekwaamheid'. In de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten zal men waarschijnlijk andere accenten in de beoordeling leggen, bijvoorbeeld op praktisch inzicht, dan in de context van dwangbehandeling of -opname in de psychiatrie. Daarnaast is er de meer theoretische behoefte om helderheid over dit (veelzijdige) concept te krijgen. Mogelijk zijn discussies over wilsbekwaamheid ook relevant voor het concept 'toerekeningsvatbaarheid', zoals gesuggereerd door Hondius (2009) als reactie op een artikel van Meynen (2009).

In dit artikel beperken we ons tot wilsbekwaamheid ter zake medische behandeling of diagnostische onderzoeken bij volwassenen en ouderen. Buiten beschouwing laten we de wilsbekwaamheid bij kinderen, in relatie tot *informed consent* voor wetenschappelijk onderzoek en in het kader van notariële zaken.

PUNTEN VAN CONSENSUS

Vragen over wilsbekwaamheid komen vaak aan de orde als patiënt en arts het niet eens kunnen worden. Als de patiënt instemt, kan er theoretisch ook sprake zijn van wilsonbekwaamheid, maar zal dat in de praktijk meestal minder relevant zijn (Welie 2008).

Er is in de internationale en nationale literatuur consensus over een aantal uitgangspunten.

- Als eerste moet wilsbekwaamheid voorondersteld worden tot het tegendeel is bewezen.

- Ten tweede is wilsbekwaamheid taakspecifiek, altijd ter zake van een bepaalde beslissing.
- Ten derde gaat het in eerste instantie om de beoordeling van de besluitvorming en niet om het besluit zelf. Er is wel eens gesteld dat patiënten dus onverstandige beslissingen mogen nemen en dat dit geen wilsonbekwaamheid impliceert.
- Ten slotte kan wilsbekwaamheid variëren in tijd en per situatie; ze is dus dynamisch. Het categorisch wilsbekwaamheidsbegrip – het hebben van een bepaalde stoornis betekent als vanzelf wilsonbekwaamheid – is dus losgelaten (Appelbaum 2007; Doorn 2009; ministerie van Justitie 2004; Welie 2008; Witmer & de Roode 2004).

Auteurs lijken het er ook over eens te zijn dat er een *normatieve dimensie* in het begrip zit. De invulling daarvan is weer niet altijd even helder. Een drietal punten is hier van belang.

- Ten eerste wordt niet slechts een feitelijke samenhang vastgesteld, zoals in een diagnose, maar verwijst het oordeel naar (beperking in) een normatief ideaal, namelijk autonomie.
- Ten tweede heeft het oordeel direct gevolgen van normatieve aard, want de patiënt wordt de mogelijkheid om zelf te beslissen (tijdelijk) ontnomen.
- Ten derde wordt een norm gehanteerd over wat als voldoende wilsbekwaam geldt. Die norm kan te strikt of te los zijn: worden er te hoge eisen gesteld aan de wilsbekwaamheid, dan dreigt te weinig eigen keuzeruimte, maar als er te lage eisen worden gesteld aan de wilsbekwaamheid, dan kunnen mensen onvoldoende tegen de (ernstige) gevolgen van hun (eigenlijk wilsonbekwame) keuzes worden beschermd. Er moet een midden gevonden worden tussen iemand ten onrechte wilsonbekwaam beoordelen en iemand ten onrechte wilsbekwaam beoordelen. In de praktijk blijft daar altijd een spanning bestaan (Appelbaum 2007; Berghmans 2005; Vellinga 2006).

INSTRUMENTEN

Er zijn allerlei instrumenten ontwikkeld om de wilsbekwaamheid te beoordelen. De *MacArthur Competence Assessment Tool* (MacCAT) is de bekendste (Grisso & Appelbaum 1998; Grisso e.a. 1997). Dit instrument geldt als een algemeen referentiepunt, ook voor degenen die tekortkomingen signaleren. Overigens vinden degenen die de MacCAT ontwikkeld hebben ook zelf dat alleen de MacCAT onvoldoende is om een oordeel te vormen over de wilsbekwaamheid, een klinisch onderzoek blijft nodig (Grisso & Appelbaum 1998). Critici wijzen op verschillende systematische omissies, waarover later meer.

In Nederland is de *Amsterdamse vignetmethode* ontwikkeld (Vellinga 2006), met name voor ouderen, al dan niet met een cognitieve beperking. Hondius e.a. (2005) maakten een stappenplan op basis van de eerder genoemde vier criteria. Ze gebruiken 6 stappen (0 t/m 5), waarin stap 3 de feitelijke wilsbekwaamheidsbeoordeling is, waarvoor de MacCAT of een vignetmethode wordt geadviseerd. De andere stappen betreffen onder andere psycho-educatie, informatie inwinnen en verslagleggen.

Ook vanuit de KNMG werd een richtlijn uitgegeven, geschreven door Witmer en De Roode (2004), met een stappenplan. In dit plan zijn er 18 stappen, waarin in stap 10 de daadwerkelijke beoordeling plaatsvindt aan de hand van de eerder genoemde vier criteria. Verder zijn er stappen voor verslaglegging, informatievoorziening en overleg.

HET NEDERLANDSE WETTELIJKE KADER

In de wetteksten komt het begrip ‘wilsbekwaamheid’ niet voor, noch in de WGBO, noch in de Wet Bopz. Wel wordt een omschrijving gebruikt die in verband staat met wilsbekwaamheid: in de wet wordt namelijk gesproken van ‘een redelijke waardering van de belangen ter zake’. In de opvolger van de Wet Bopz, de wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (VGGZ), komt de term

‘wilsbekwaamheid’ weinig aan de orde, maar in de uitgangspunten en de Memorie van Toelichting staat wel dat het begrip van belang is (Van Veldhuizen 2010). Verder worden vergelijkbare omschrijvingen gehanteerd als in de huidige wetgeving.

Indien een patiënt geen geïnformeerde toestemming kan geven vanwege wilsonbekwaamheid, is het de taak van de hulpverlener om een vertegenwoordiger te vragen dit voor de patiënt te doen. De vertegenwoordiger kan een mentor of curator zijn, een schriftelijk gemachtigde, de echtgenoot, een ouder of kind of een ander familielid. Als er een wilsverklaring of zelfbindingsverklaring beschikbaar is, dient deze geraadpleegd te worden. Als de patiënt zich verzet, kan men alleen overgaan tot de verrichting als zo ‘ernstig nadeel’ kan worden voorkomen.

In de Wet Bopz wordt geen onderscheid gemaakt tussen gevaar veroorzaakt door een wilsbekwaam of door een wilsonbekwaam persoon. Centraal staat de aanwezigheid van gevaar, voortkomend uit een psychiatrische stoornis, vaak omschreven met de term ‘oordeels- en kritiekgestoord’. Hoewel deze term regelmatig impliciet als ‘ongeveer hetzelfde’ wordt beschouwd als wilsonbekwaamheid, hoeft dit niet altijd te overlappen (Vellinga & Ederveen 2004). Roscam Abbing (2007) voegt hier nog aan toe dat toestemming voor de somatische behandeling weer altijd losstaat van de Wet Bopz.

Wilsonbekwaamheid en dwang In de huidige psychiatrische praktijk is het niet gebruikelijk om wilsonbekwaamheid te gebruiken als kader om iemand onder dwang psychiatrisch te behandelen. Enkel in uitzonderingsgevallen wordt in het kader van de WGBO overgegaan tot sedatie of fixatie zonder instemming van de patiënt, waarbij men veelal redeneert dat er een ‘somatisch’ nadeel mee wordt voorkomen, bijvoorbeeld in het geval van een delier. In psychiatrische ziekenhuizen of in de ambulante psychiatrische setting zal altijd verwacht worden dat de hulpverlener een maatregel zoals beschreven in de Wet Bopz

toepast. Dit vonden we onder andere in een gevalsbeschrijving van een vrouw die voor psychotische klachten werd behandeld tegen haar zin, maar met toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger. De Inspectie voor de Gezondheidszorg keurt dit af en meent dat in dergelijke gevallen gekozen moet worden voor een Bopz-maatregel (Hondius & Van Veldhuizen 2003).

De vertegenwoordiger heeft hier een moeilijke taak; over het algemeen wordt voorgesteld om in dit soort lastige gevallen de kantonrechter een mentor te laten benoemen die deze rol op zich kan nemen (Hondius & Van Veldhuizen 2003; Nagel e.a. 2000; Van Schaik e.a. 2007). Als een vertegenwoordiger in de plaats van de patiënt moet beslissen, wordt hij of zij geacht de lijn te volgen van de patiënt zelf, voor zover deze te achterhalen en te interpreteren is.

De WGBO-formulering ‘een redelijke waardering van de belangen ter zake’ geeft veel ruimte voor verschillende invullingen. Er moet blijkbaar sprake zijn van redelijkheid, daarnaast is er ruimte voor een individuele afweging of waardering in een bepaalde situatie. Ook zijn de belangen of consequenties relevant en komt de taakspecificiteit nadrukkelijk naar voren.

PERSPECTIEVEN OP WILSBEKWAAMHEID

Hoewel er consensus bestaat over de in het voorgaande genoemde aspecten van wilsbekwaamheid en het wettelijke kader, zijn er in de literatuur verschillende conceptualisaties te vinden van wilsbekwaamheid. Deze presenteren we in het navolgende in de vorm van een drietal perspectieven.

COGNITIEF PERSPECTIEF

In een handreiking van het ministerie van Justitie (2004) vinden we de volgende definitie: ‘een patiënt kan als wilsbekwaam worden beschouwd als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de te nemen beslissing noodzake-

lijk is'. In deze handreiking staan cognitieve vermogens centraal.

Ook de MacCAT is vanuit een cognitief perspectief ontwikkeld. Appelbaum (2007) en Grisso e.a. (1997) formuleerden op basis van uitgebreid empirisch onderzoek (Grisso e.a. 1995) vier criteria voor de beoordeling van wilsbekwaamheid:

- 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 rationeel gegevens te hantieren en te 'redeneren'.

Vele andere nationale en internationale auteurs noemen deze criteria, soms in iets andere bewoordingen en al dan niet voorzien van kritiek, die hierna aan de orde zal komen (zie bijvoorbeeld Doorn 2009; Vellinga 2006; Widdershoven & Berghmans 2004).

De vier criteria zijn vertaald in concrete vragen voor de patiënt, in de MacCAT (Grisso & Appelbaum 1998). Deze methode wordt in de internationale literatuur gezien als de standaard wat betreft de operationalisering van wilsbekwaamheid, ondanks de tekortkomingen die ook de makers zelf erkennen.

Toepassing in praktijk In 1997 schreven de makers van de MacCAT een artikel (Grisso e.a. 1997) waarin ze toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit onderzochten. Zij concluderen dat het instrument in geval van twijfel de beoordeling van wilsbekwaamheid kan ondersteunen. Hoewel zij wel getalswaarden gebruikten, wijzen zij geen afkappunt aan. Het instrument resulteert niet in een definitief oordeel over de wilsbekwaamheid, het geeft een indicatie van het beslisvermogen van de patiënt. Niet alleen wordt getest of de patiënt alle informatie heeft die nodig is voor de beslissing, maar ook of de patiënt deze informatie gebruikt (Grisso & Appelbaum 1998). Van Eyk e.a. (2008) vertaalden de MacCAT in het Nederlands.

Uit onderzoek blijkt dat de het resultaat van de beoordeling van de wilsbekwaamheid aan de hand van de MacCAT niet altijd overeen komt met dat van een 'gewone' klinische beoordeling. Voor patiënten met dementie blijkt dat zij sneller wils-onbekwaam geacht worden met de MacCAT-beoordeling dan zonder (Vollmann e.a. 2003). Voor patiënten met anorexia geldt het tegenovergestelde: de MacCAT schat hun wilsbekwaamheid hoger in dan klinici (Tan e.a. 2003; 2006).

De criteria zijn soms moeilijk te hanteren. In de literatuur wordt vooral het vermogen om de situatie te 'waarderen' genoemd als problematisch (bijvoorbeeld Van Staden 2003). Appelbaum en Grisso formuleerden de volgende thema's binnen dat criterium: het onderkennen van de mogelijkheid dat de behandeling voordelen heeft, het wegen van de consequenties van de beslissing, het bestaan van twijfel over de diagnose die gesteld is en de eventuele redenen om daar aan te twijfelen (Grisso e.a. 1997). Eigenlijk gaat dit over de vraag of de patiënt begrijpt dat de informatie die hij heeft gekregen over de gevaren die hij loopt werkelijk op hem van toepassing is (Appelbaum & Grisso 2006; Tan e.a. 2006).

EEN TWEEDE PERSPECTIEF: EMOTIES

Critici van Appelbaum en Grisso's benadering zetten vraagtekens bij een model waarin de ratio centraal wordt gesteld en dat dus hoge eisen stelt aan de cognitieve vermogens van de beslisser. Zij vragen zich af of hiermee recht gedaan wordt aan datgene wat van belang is bij het maken van keuzen, zeker als het ingrijpende keuzen zijn. Met name Charland (1998; 2006) heeft gewezen op de cognitieve focus in de MacCAT. De belangrijkste beslissingen in een mensenleven, zoals partnerkeuze, keuze voor een baan of opleiding en keuze voor gezinsuitbreiding, worden niet genomen op basis van overwegend rationele argumentatie, maar mede op basis van emoties. Een puur rationele argumentatie kan dus ook niet verwacht worden bij soms ingrijpende beslissingen in de zorg.

De positie van Charland bleek een steen in de vijver van het debat over wilsbekwaamheid. Hij kreeg bijval (Berghmans e.a. 2004) en zelfs de makers van de MacCAT (Appelbaum 1999) erkenden dat emoties een rol spelen bij wilsbekwaamheid. Maar hoe dat in de beoordeling verwerkt moest worden, bleef een punt van discussie. Een enkeling kon zich niet in een specifieke rol voor emoties vinden. Zo merkte Welie (2008) op dat het introduceren van emotionele factoren naast cognitieve functies betekent dat de lat nog hoger gelegd dreigt te worden.

Casus In een gevalsbeschrijving uit de verstandelijk gehandicaptenzorg beargumenteren de auteurs dat emoties kunnen leiden tot een ander oordeel dan enkel op basis van alleen cognitieve functies (Widdershoven & Berghmans 2004). Deze casus betrof een verstandelijk beperkte patiënte met morbide obesitas die volgens cognitieve criteria niet wilsbekwaam was ter zake van een maagverkleining. Het bleek echter dat de patiënte sterk hechtte aan gezondheid. Bovendien bleek zij evenwichtig genoeg om het voorbereidende eetprogramma vol te houden en kon zij omgaan met de bijkomende moeilijkheden. Zij kon de ingreep niet cognitief overzien, maar wist de eisen en de consequenties te integreren in haar leven. De auteurs menen dan ook dat zij daarom wilsbekwaam geacht zou mogen worden ter zake van de operatie. Zij bleek in staat om in haar leven invulling te geven aan de keuze voor de operatie, zij kon goed omgaan met de gevolgen en bleek gemotiveerd, ook op langere termijn.

Dat staat tegenover de klassieke cognitieve benadering, waarin geëist wordt dat mensen naast het uitdrukken van een keuze, ook kunnen redeneren over de verschillende opties en de gevolgen kunnen begrijpen. Vanwege haar verstandelijke handicap kon de vrouw in kwestie aan die eisen niet voldoen. Vanuit een perspectief gericht op emotionele betrokkenheid en evenwichtigheid kon zij wel in staat geacht worden toestemming te geven tot de operatie.

De auteurs van de casus zetten dan ook hun vraagtekens bij een model waarin de ratio centraal staat en dat dus hoge eisen stelt aan de cognitieve vermogens van de beslisser. Zij vragen zich af of hiermee recht gedaan wordt aan datgene wat van belang is bij het maken van keuzen, zeker als het ingrijpende keuzen zijn. Bij grote beslissingen gaat het niet alleen om theoretische, maar ook om praktische rationaliteit: niet *know that*, maar *know how*. Zij concluderen dat identiteit, emotie en praktische wijsheid meer centraal dienen te staan in de beoordeling van de wilsbekwaamheid (Berghmans & Widdershoven 2003, Widdershoven & Berghmans 2004).

EEN DERDE PERSPECTIEF: WAARDEN

Belangrijk empirisch onderzoek naar de praktische conceptualisering van het begrip 'wilsbekwaamheid' werd gedaan door een onderzoeksgroep uit Oxford (Tan e.a. 2003; 2006). Hun studie richtte zich op opvattingen over wilsbekwaamheid bij jonge vrouwen met anorexia nervosa en hun moeders. Het blijkt dat deze patiënten hun keuze voor het lijnen, hun redenen en overwegingen kunnen benoemen en bespreken. Zij stellen dun-zijn als belangrijkste waarde in hun leven, boven bijvoorbeeld contact met vriendinnen en familie, school, hobby's en dergelijke. Deze patiënten zijn dus niet beperkt in hun cognitieve vermogens; het zijn hun veranderde waarden die hen leiden en beperken in het maken van beslissingen.

Jonge vrouwen met anorexia nervosa worden, als zij ernstig ondergewicht hebben en dehydratie dreigt, soms gedwongen opgenomen om ernstige (somatische) complicaties of zelfs overlijden te voorkomen. Volgens de standaardbenadering mogen deze vrouwen echter wilsbekwaam geacht worden ter zake van een psychiatrische behandeling. Zij kunnen immers hun keuze voor het overmatig lijnen uitdrukken, uitleggen, beredeneren en tevens de consequenties waarderen. Hiermee worden te lage eisen gesteld aan de wilsbekwaamheid van deze vrouwen ter

zake van een anorexiabehandeling volgens auteurs en de door hen geïnterviewde artsen, want vanuit hun benadering zou men deze vrouwen wel degelijk wilsonbekwaam kunnen beoordelen (Tan 2006; Tan e.a. 2003; 2010).

Pathologische waarden? Sommige patiënten met anorexia nervosa blijken hun stoornis als onderdeel van hun identiteit te zien. De vraag of zij een behandeling willen, betekent dan voor hen de vraag of zij een deel van zichzelf willen loslaten en dus deels een andere persoon willen worden. Ook hieruit blijkt dat het gaat om een fundamentele verschuiving van waarden. Tan spreekt in dit verband van ‘*pathologische*’ waarden: niet-authentieke waarden die veranderd zijn of veroorzaakt worden door een psychiatrische stoornis en die een verslavend karakter hebben (Tan 2006; Tan e.a. 2003; 2010).

De notie ‘*pathologische waarden*’ heeft kritiek uitgelokt. Zo werd gesteld dat alleen het bestaan van een psychiatrische ziekte onvoldoende is, omdat daarmee het onderscheid tussen wilsbekwaamheid en psychiatrische stoornis dreigt te worden losgelaten. Het lijden aan een bepaalde ziekte kan niet gelijk gesteld worden aan wilsonbekwaamheid; het normatieve oordeel wilsbekwaamheid kan niet gestoeld worden op een feitelijk oordeel over ziekte (Vollmann 2006).

Gecomplieerder beoordeling Tan e.a. concluderen dat de wilsbekwaamheid van deze patiëntengroep beperkt is op een wijze die niet in de traditionele, cognitieve manieren van beoordelen wordt verdisconteerd. Dat zorgt ervoor dat de huidige opvattingen over wilsbekwaamheid ter discussie gesteld moeten worden en een goede beoordeling veel gecompliceerder is dan wat we nu doen (Tan 2006). Zij concluderen dat een wilsbekwame beslissing meer inhoudt dan een keuze uitdrukken, begrijpen en redeneren alleen. Inmiddels sluiten andere onderzoekers zich bij deze nieuwe inzichten aan (Charland 2006; Thiels & Curtice 2009; Vollmann e.a. 2003). De belangrijkste verdienste van dit waardeperspectief is dat de

tegenstelling tussen cognitieve functies en emoties ermee vermeden wordt.

VERSTERKING WILSBEKWAAMHEID

Welk perspectief men ook kiest, van belang is dat als iemand (nog) niet wilsbekwaam is, er een langer durend traject volgt van voorlichting en ondersteuning bij beslissingen rondom behandeling (Tholen e.a. 1999). Het evalueren en het beoordelen van die verplichtingen en van de situatie, zijn dan belangrijker dan het vellen van een oordeel over de wilsbekwaamheid. Het is van belang om in geval van wilsonbekwaamheid er eerst alles aan te doen om die wilsbekwaamheid weer te herstellen, voor zo ver dat mogelijk is. Hier ligt het accent dus op versterking van de wilsbekwaamheid van de patiënt, meer dan op beoordeling daarvan (Welie 2008). Blijft de wilsonbekwaamheid bestaan, dan kan dwang in een waardeperspectief verantwoord worden, als dit bijdraagt aan een versterking van de positie van de patiënt op langere termijn (Tan e.a. 2010).

CONCLUSIE

In de literatuur over wilsbekwaamheid blijkt er overeenstemming te zijn over een aantal randvoorwaarden van de beoordeling, maar er is ook discussie over een aantal fundamentele aspecten van het begrip. Consensus is er over de vooronderstelling van wilsbekwaamheid tot het tegendeel is bewezen, dat het om een taakspecifiek begrip gaat en om de beoordeling van de besluitvorming en niet om het besluit zelf. Wilsbekwaamheid kan variëren per persoon in tijd en per situatie. Ook blijkt dat een goede definitie en operationalisatie van wilsbekwaamheid voor de psychiatrische praktijk nog steeds ontbreken.

Appelbaum en Grisso formuleerden een conceptualisatie van wilsbekwaamheid aan de hand van vier criteria: ‘een keuze maken’, ‘begrijpen’, ‘waarderen’ en ‘redeneren’. Inmiddels wordt dit cognitieve perspectief als internationaal referentiekader beschouwd. Critici wezen op het gebrek

aan aandacht voor emoties in de beslisvaardigheid; vrij algemeen wordt dit punt erkend, maar er is discussie over of het nu echt een nieuw element is bij de beoordeling van wilsbekwaamheid of dat de MacCAT bijvoorbeeld dit punt eigenlijk al meeneemt. Inmiddels zijn inzichten beschikbaar uit onder andere kwalitatief empirisch onderzoek, die leiden tot een belangrijke rol voor waarden.


Het is overigens niet zomaar duidelijk hoe waarden een plek kunnen krijgen in de beoordeling van de wilsbekwaamheid. Op grond waarvan de arts kan vaststellen dat het waardesysteem kan leiden tot een wilsonbekwaamheidsoordeel? Als een arts bijvoorbeeld vindt dat het streven van zijn of haar patiënt naar dun-zijn pathologisch is, wiens waardesysteem is dan in het spel, dat van de arts of dat van de patiënt? En hoe beoordeelt men of waarden 'verwongen' zijn?

Een verdere invulling Een model waarin behandelaren ruimte krijgen om niet alleen cognitieve functies te beoordelen, maar ook waarden te bespreken en zelfs te beïnvloeden is het deliberatieve model van de arts-patiëntrelatie. Dit staat tegenover het paternalistisch model, waarin de behandelaar een leidsman is, of het informatieve en interpretatieve model, waarin de behandelaar alleen informeert en verder op afstand blijft of de overwegingen van de patiënt wil verhelderen zonder ze te beïnvloeden (Emanuel & Emanuel 1992, Widdershoven 2000). In het deliberatieve model krijgen niet alleen de waarden van de patiënt een plaats, maar ook die van de behandelaar, niet omdat deze 'beter' zijn dan die van de patiënt, maar om ruimte te creëren voor een alternatief gezichtspunt waarin de patiënt kan leren. Voor anorexia nervosa betekent dit dat de arts de patiënt confronteert met de vraag hoe de waarde dun-zijn zich verhoudt tot andere zaken die in het leven van belang zijn, zoals werk en relaties.

Belangrijk is ook de vraag naar wat er moet gebeuren als iemand wilsonbekwaam is bevonden. Volgens de letter van de wet zal er bij wilsonbekwaamheid een vertegenwoordiger of mentor gevraagd worden voor plaatsvervangende geïnfor-

meerde toestemming. In de praktijk wordt hier op verschillende manieren invulling aan gegeven. Versterking van de wilsbekwaamheid zodat de patiënt weer zelf kan gaan beslissen, is daarbij van belang.

Meer onderzoek is nodig om tot een conceptuele verheldering te komen van het begrip 'wilsbekwaamheid' en de bijkomende praktische en morele dilemma's. Onderzoek naar de visie op wilsbekwaamheid van artsen en patiënten bij verschillende (groepen) toestandsbeelden, bijvoorbeeld met of zonder psychotische en/of cognitieve component, kan daarbij nuttig zijn. Dat zou kunnen leiden tot een empirisch gefundeerde conceptuele verheldering die relevant is voor specifiek de psychiatrische praktijk.

 Prof.dr. A.J.L.M. van Balkom, psychiater en hoogleraar Evidence-based psychiatrie, en prof.dr. T.A. Abma, hoogleraar Patiëntenparticipatie in de ouderenzorg, gaven commentaar gaven op eerdere versies van dit artikel.

LITERATUUR

- Appelbaum PS. Ought we to require emotional capacity as part of decisional competence? *Kennedy Inst Ethics* 1999; 8.4: 337-87.
- Appelbaum PS. Assessment of patients competence to consent to treatment. *New Engl J Med* 2007; 357: 1834-40.
- Appelbaum PS, Grisso T. Appreciating anorexia: Decisional capacity and the role of values. *Philosophy Psychiatry Psychology* 2006; 13: 293-7.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Berghmans RL. Wilsbekwaamheid: van concept naar praktijk. *Journaal Ggz en recht* 2005; 5: 97-100.
- Berghmans RL, Dickenson D, Meulen ter RT. Mental capacity: in search of alternative perspectives. *Health Care Anal* 2004; 12: 251-63.
- Berghmans RL, Widdershoven GAM. Ethical perspectives on decision-making capacity and consent for treatment and research. *Med Law* 2003; 22: 391-400.
- Charland LC. Appreciation and emotion: theoretical reflections on the MacArthur Treatment Competence Study. *Kennedy Inst Ethics* 1998; 8: 359-76.

- Charland LC. Anorexia and the MacCAT-T Test for Mental Competence: validity, value, and emotion. *Philosophy Psychiatry Psychology* 2006; 13: 283-7.
- Derde evaluatiecommissie van de wet bopz. Rapport van de derde evaluatiecommissie van de wet Bopz. Den Haag: Ministerie van VWS; 2007.
- Doorn N. Wilsbekwaamheid: weldoen, autonomie, identiteit. Amsterdam: Boom; 2009.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 2221-6.
- Eyk H van, Ouwens MA, Hondius AJK. MacCAT-T, instrument bij de beoordeling van wilsbekwaamheid. *Journaal Ggz en recht* 2008; 3/4.
- Grisso T, Appelbaum PS. *MacArthur Competence Assessment Tool For Treatment (MacCAT-T)*. Sarasota, Florida: Professional Resources Press; 1998.
- Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Services* 1997; 48: 1415-1419.
- Grisso T, Appelbaum PS, Mulvey EP, Fletcher K. The MacArthur Treatment Competence Study I, II, III. *Law Hum Behav* 1995; 19: 105-174.
- Hondius AJK. Vrije wil niet te negeren in de forensische psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 12: 883-885.
- Hondius AJK, Veldhuizen JR van. Bopz, WGBO of naar een nieuwe dwangbehandelingswet. *Tijdschr Psychiatr* 2003; 45: 569-573.
- Hondius AJK, Zuijderhoudt R, Honig A. Wilsbekwaamheid vaststellen, een casus en een stappenplan. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 2005; 597-607.
- Meynen G. Vrije wil in de forensische psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 12: 873-881.
- Ministerie van Justitie. *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*. Den Haag: Ministerie van Justitie; 2004, licht gewijzigde versie 2007.
- Nagel HTC, Engberts DP, Leeuwen K van, Kenter GG. Goed hulpverlenerschap aan de grens van de wilsbekwaamheid. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2000; 1657-9.
- NVvP. *Richtlijn consultatieve psychiatrie*. Utrecht: de Tjdstroom; 2008.
- Roscam Abbing HDC. Psychiatrische stoornis en somatische aandoening: toepasselijk recht. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2007; 2133-2137.
- Schaik AM, Mill JG van, Gorp ECM van, Tilburg W van. Een patiënt die wilsonbekwaamheid simuleert en voor wie somatische behandeling is geïndiceerd. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2007; 2133.
- Staden van CW. Acceptance and insight: incapacity to give informed consent. *Current Opinion in Psychiatry* 2003; 22: 554-8.
- Tan JOA. Bridging the gap between fact and values. *World Psychiatry* 2005; 4: 92-3.
- Tan JOA, Hope T, Stewart A. Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry* 2003; 26: 697-707.
- Tan JOA, Hope T, Stewart A, Fitzpatrick P. Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philosophy Psychiatry Psychology* 2006; 13: 267-282.
- Tan JOA, Stewart A, Fitzpatrick P, Hope T. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *Int J Law Psychiatry* 2010; 13-19.
- Thiels C, Curtice MJR. Forced treatment of anorexic patients: part 2. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 497-500.
- Tholen AJ, Berghmans RL, Legemaate J, Nolen WA, Huisman J, Scherders MJWT. Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een psychiatrische stoornis; richtlijnen voor de psychiater. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1999; 905-909.
- Veldhuizen JR van. Voorstel van Wet Verplichte GGZ. *Journaal Ggz en recht* 2010; 4: 67-74.
- Vellinga A. To know or not to be (proefschrift VU). Delft: Nivo; 2006.
- Vellinga A, Ederveen E. Wilsbekwaamheid: kun je 'goed' beslissen gevaar te lopen. *Tijdschr Psychiatr* 2004; 395-399.
- Vollmann J. 'But I Don't Feel It': Values and Emotions in the Assessment of Competence in Patients With Anorexia Nervosa. *Philosophy Psychiatry Psychology* 2006; 13: 289-291.
- Vollmann J, Bauer A, Danker-Hopfe H, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychol Med* 2003; 33: 1463-1471.
- Welie SPK. *Criteria for assessment of patient competence*. Davenport: Fidler Doubleday; 2008.
- Widdershoven G. *Ethiek in de kliniek*. Maastricht: Boom; 2000.
- Widdershoven G, Berghmans RL. Wilsbekwaamheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen* 2004; 166-81.
- Witmer H, Roode R de. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Bijlage 8: modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt. Utrecht: KNMG; 2004. p 91-122.

AUTEURS

A.M. RUISSSEN is arts in opleiding tot psychiater en onderzoeker bij GGZ inGeest/Metamedica EMGO+, VUmc, Amsterdam.

G. MEYNEN is psychiater bij GGZ inGeest, en postdoc bij de Faculteit Wijsbegeerte VU, Amsterdam.

G.A.M. WIDDERSHOVEN is hoogleraar Medische Filosofie en

Ethiek, Metamedica EMGO+ VUmc/VU, Amsterdam.

Correspondentieadres: A.M. Ruissen, Metamedica, Van der

Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

E-mail: a.ruissen@vumc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-12-2010.

SUMMARY

Perspectives on patient competence in psychiatry: cognitive functions, emotions and values – A.M. Ruissen, G. Meynen, G.A.M. Widdershoven –

BACKGROUND *Informed consent, a central concept in the doctor-patient relationship, is only valid if it is given by a competent patient.*

AIM *To review the literature on competence or decision-making capacity in psychiatry.*

METHOD *We studied the international literature and relevant Dutch material such as health acts and medical guidelines.*

RESULTS *We found a consensus in the literature about the assessment criteria and the basic principles, but we did not find any consensus about the exact definition of competence. We review a number of perspectives on competence. The conceptualisations of competence, particularly in the field of psychiatry, are still being debated. The best known clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions is the MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT).*

CONCLUSION *There are three perspectives on competence: a cognitive perspective, a perspective concerning emotions and a perspective relating to values. Further research is needed in order to make the conceptual debate on competence relevant to psychiatric practice.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)7, 405-414]

KEY WORDS capacity, competence, emotions, MacCat, values