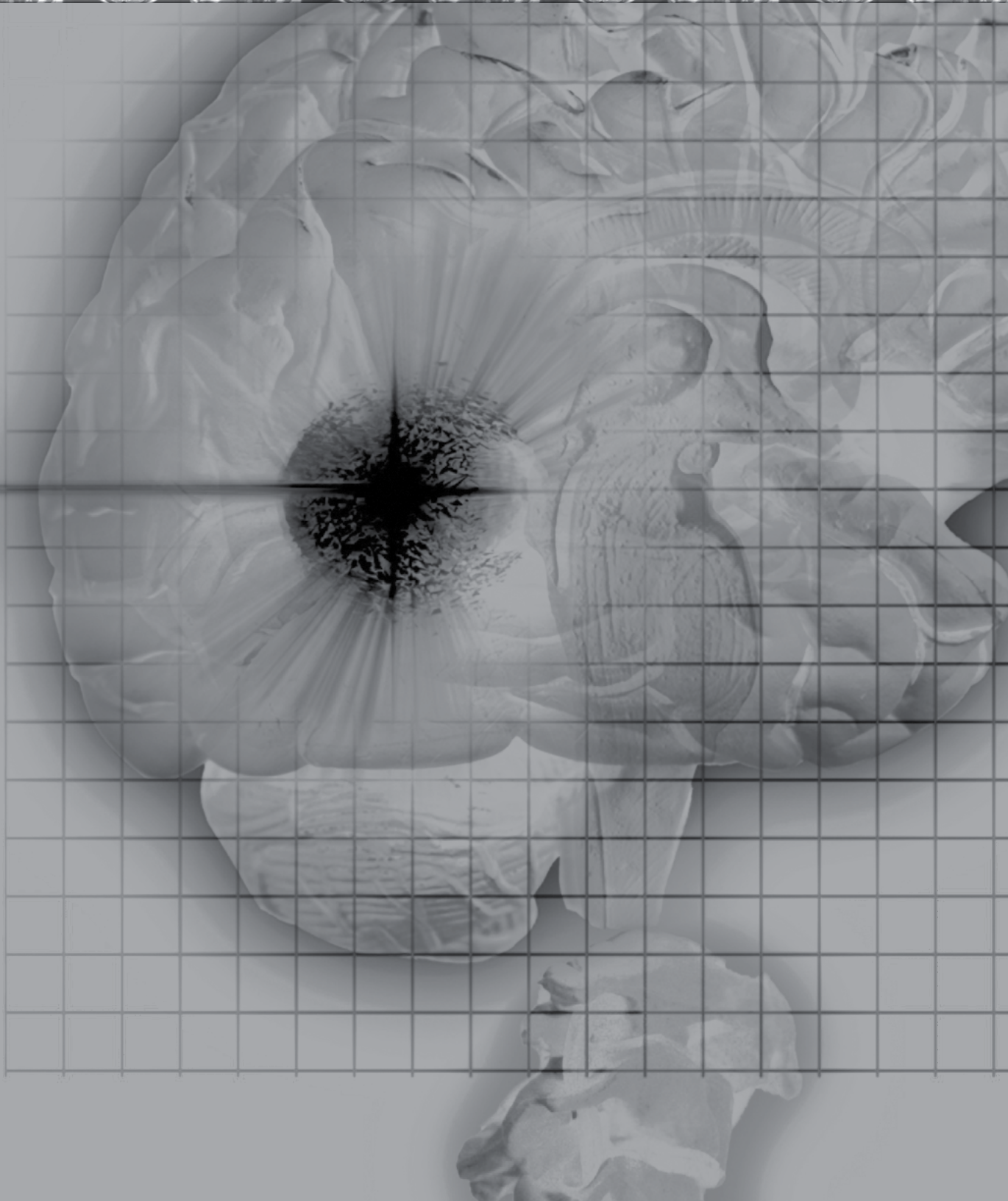
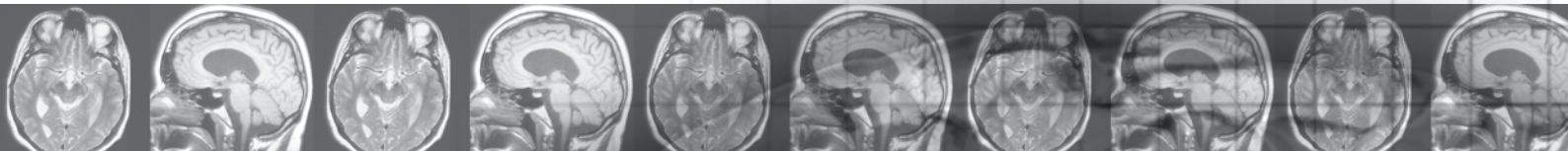


Wilsonbekwaamheid bij volwassenen met psychose

M De Hert, D Lecompte, E De Bleeker, J Hulselmans, F Janssen, C Mertens, F Vandendriessche, M Morrens, M Wampers



Inhoud

1.	Inleiding	4
2.	Visie op wilsbekwaamheid in het burgerlijk recht	4
2.1.	Standaard	4
2.2.	Criteria	4
3.	Wat indien een patiënt wilsonbekwaam wordt verklaard? (op basis van de Wet betreffende de rechten van de patiënt)	6
4.	Gedwongen opname	6
5.	Punten van consensus (Berghmans et al. 2003, 2004; Ruisen et al. 2011)	6
6.	Visies over wilsbekwaamheid	7
6.1.	Cognitieve benadering	7
6.1.1.	Het begrijpen van relevante informatie (<i>understanding</i>)	7
6.1.2.	Informatie toepassen (<i>appreciation</i>)	7
6.1.3.	Redeneren (<i>manipulate information rationally</i>)	7
6.1.4.	Een keuze kunnen communiceren (<i>communicate a choice</i>)	8
6.2.	De invloed van emoties	8
6.3.	De rol van waarden	8
7.	Onderzoek naar de cognitieve criteria van wilsbekwaamheid bij mensen met een psychiatrische aandoening	8
7.1.	Begrijpen (<i>understanding</i>)	8
7.2.	Toepassen (<i>appreciation</i>)	8
7.3.	Redeneren (<i>manipulate information rationally</i>)	8
8.	Hoe het vermogen tot besluitvorming meten?	9
9.	Evaluatie van het vermogen tot besluitvorming bij schizofrene patiënten	9
10.	Moeten we dezelfde criteria hanteren voor gehospitaliseerde en ambulante patiënten? (Saks & Jeste 2006)	10
11.	Moeten we dezelfde criteria hanteren voor behandeling als voor deelname aan onderzoek? (Saks & Jeste 2006)	11
12.	Conclusie	11

1. Inleiding

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is respect voor de autonomie van de patiënt een belangrijke waarde. Op juridisch vlak vertaalt deze waarde zich in het concept "geïnformeerde toestemming". Geïnformeerde toestemming impliceert dat een patiënt toestemming moet geven vooraleer er een behandeling kan worden toegepast of de patiënt kan deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek. Opdat een patiënt op valide wijze een geïnformeerde toestemming kan geven, moet hij/zij "wilsgechikt" worden bevonden. In bepaalde gevallen is het beoordelen van wilsbekwaamheid eenvoudig, zoals wanneer het gaat om pasgeborenen of zeer jonge kinderen of comateuze patiënten. Moeilijker wordt het wanneer het gaat om patiënten die behoren tot kwetsbare groepen zoals ouderen met een cognitieve beperking of mensen die lijden aan een psychische aandoening.

De mate waarin individuen met een psychiatrische aandoening en een verstoord cognitief functioneren in staat zijn om geïnformeerde toestemming te geven voor deelname aan onderzoek of behandeling, is een belangrijk en controversieel onderwerp van discussie. Betekenisvolle, gefundeerde geïnformeerde toestemming is immers een basisvoorwaarde voor een ethische klinische praktijk, en voor onderzoek.

2. Visie op wilsbekwaamheid in het burgerlijk recht

Vaak wordt een onderscheid gemaakt tussen rechtsbekwaamheid en handelingsbekwaamheid. De rechtsbekwaamheid is de geschiktheid om titularis te kunnen zijn van bepaalde rechten. De handelingsbekwaamheid betreft de mogelijkheid om die rechten vervolgens zelf of zelfstandig te uit te oefenen.

In **Tabel 1** wordt een overzicht gegeven van de artikelen uit het Belgische wetboek die betrekking hebben op onbekwaamheid.

In tegenstelling tot wat soms wordt gedacht, is wilsbekwaamheid geen juridische term; handelingsbekwaamheid is dat wel. Wilsbekwaamheid is een praktische term die wordt gebruikt in relatie tot medische beslissingen.

Volgens Swennen (2000) vormt de beoordeling van de wilsbekwaamheid een essentieel uitgangspunt voor de houding die een arts zal moeten aannemen. Rond de beoordeling van de wilsbekwaamheid dienen een aantal elemen-

Definitie handelingsbekwaamheid

Handelingsbekwaamheid is de bevoegdheid om de rechten en plichten die iemand heeft, zélf uit te oefenen. Iedere natuurlijke persoon is in principe handelingsbekwaam, een aantal categorieën personen zijn echter handelingsonbekwaam ten gevolge van de wet, bv. minderjarigen, of ten gevolge van een rechterlijke uitspraak. Zij kunnen dus niet zelf rechtshandelingen stellen.

ten aan bod te komen: er moet een standaard worden ingesteld waaraan de wilsbekwaamheid van een patiënt getoetst wordt. Daarnaast moeten criteria geformuleerd worden om de wilsbekwaamheid te evalueren.

Opdat een patiënt op valide wijze geïnformeerde toestemming kan geven, moet hij "wilsbekwaam" worden bevonden.

2.1. Standaard

Er werden twee standaarden voorgesteld, namelijk de categoriale en de functionele standaard. Volgens de *categoriale* standaard wordt een patiënt als wilsonbekwaam beschouwd voor het toelaten van een medische behandeling wanneer hij behoort tot een bepaalde categorie van personen. Hieronder vallen onder andere alle mensen bij wie een geestesstoornis werd gediagnosticeerd. Deze standaard wordt nu algemeen verworpen.

Bij de *functionele* standaard gaat de beoordeelaar van de wilsbekwaamheid concreet na of er stoornissen zijn in de relevante wilsvormingsproces wordt doorlopen om tot een werkzaam juridisch wilsbesluit te komen. De beoordeling van de wilsbekwaamheid omvat twee elementen. In de eerste plaats wordt de wilsbekwaamheid een taakspecifiek begrip. Het gaat er concreet om of deze specifieke patiënt voldoende wilsgeschikt is om de ingreep toe te laten. Daaruit vloeit in de tweede plaats voort dat de omvang van de wilsonbekwaamheid beperkt is. Bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid moet rekening gehouden worden met de aard van de stoornis, het stadium van de ziekte, het verloop ervan, enz. Herhaaldelijke evaluatie van de wilsbekwaamheid lijkt in dat verband dan ook aangewezen.

De beoordeling van de wilsbekwaamheid omvat een taakgericht element en een element dat de omvang evalueert.

Het wilsvormingsproces voor het toelaten of weigeren van een medische ingreep wordt meestal geschematiseerd in 3 à 4 stappen:

1. Vooraleer er van enige wilsvorming sprake kan zijn, is het vereist dat de patiënt een eigen set van waarden en doelstellingen in zijn leven heeft waaraan hij kan refereren bij het nemen van medische beslissingen. De eerste stap in de wilsvorming is dat arts en

patiënt over de relevante informatie kunnen communiceren, dat de patiënt de informatie voldoende kan memoriseren en dat hij de informatie begrijpt. Het begrijpen moet zo ver reiken dat de verdere fasen van het wilsvormingsproces zonder problemen kunnen worden doorlopen.

2. De patiënt moet vervolgens de verstrekte informatie geloven.
3. De informatie moet in de derde stap worden verwerkt. Vooral het begrijpen van de causale verbanden tussen ingrijpen of niet-ingrijpen en de gevolgen daarvan is van belang. In een laatste stap is het de bedoeling dat de patiënt de verkregen informatie vanuit zijn eigen waardesysteem toepast op zijn eigen concrete situatie. De geldigheid van de uiteindelijke beslissing van de patiënt is aan twee voorwaarden gekoppeld: de beslissing moet consistent zijn, enerzijds met de eigen waarden en doelstellingen, en anderzijds met de besluiten uit de vorige stap. Daarnaast moet het om een echte keuze gaan, d.w.z. één die niet voortvloeit uit een bepaalde pathologie.
4. Tot slot moet het besluit worden geuit.

Het wilsvormingsproces wordt meestal geschematiseerd in de volgende stappen: relevante informatie kunnen communiceren, memoriseren, begrijpen en toetsen aan het eigen waardesysteem.

2.2. Criteria

Eenmaal de standaard voor wilsbekwaamheid vastgelegd, rijst de vraag naar voldoende objectieve, duidelijke en betrouwbare criteria ter beoordeling van de aan- of afwezigheid ervan. Onderstaande criteria zijn criteria die in de juridische wereld gebruikt kunnen worden:

1. Volgens een eerste criterium (*evidencing a choice*) is een patiënt wilsbekwaam wanneer hij uitdrukkelijk of stilzwijgend, verbaal of non-verbaal een keuze uitspreekt voor of tegen een bepaalde behandeling. Het voordeel van dit criterium is dat het extern controleerbaar is. Een nadeel is o.a. dat er abstractie wordt gemaakt van de kwaliteit van het wilsvormingsproces.
2. Binnen een tweede criterium (*redelijkheid van de beslissing/reasonable outcome of choice*) is een patiënt pas wilsbekwaam wanneer een beslissing over een medische behandeling volgens de beoordeelaar redelijk, juist of verantwoord is. De nadruk ligt hier op de inhoud van het wilsbesluit en niet op de manier waarop de patiënt ertoe gekomen is. Er wordt binnen dit criterium dus

geen rekening gehouden met de waarden en normen van de patiënt. De beoordeling vindt plaats op basis van de heersende opvattingen in de maatschappij. Afwijkende normen- en waardensystemen worden bestraft.

3. Het derde criterium (de keuze is gegrond op rationale motieven/*choice based on rational reasons*) verschuift voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid de aandacht van het wilsbesluit naar de wilsvorming. Hoewel dit beter is, zijn de problemen die werden aangehaald ook hier aan de orde: de beoordeling van het wilsvormingsproces gebeurt aan de hand van externe objectieve of subjectieve waarden en niet op basis van de waarden van de patiënt. Dit criterium is hoogdrempelig omdat de patiënt zijn beslissing rationeel moet motiveren, wat in strijd is met zijn vrijheid. De patiënt heeft het recht om zowel op rationale als op irrationele gronden een behandeling te weigeren en hoeft zelfs geen redenen te geven of ze te laten beoordelen door anderen. Het kan ook moeilijk zijn te bepalen wat de redenen voor een besluit zijn en hoe deze gerelateerd zijn aan de geestesziekte indien irrationeel.
4. Het criterium "in staat zijn te begrijpen" (*ability to understand*) gaat na of de patiënt in staat is om de informatie die relevant is voor de beslissing te begrijpen en te beoordelen. Zoals vermeld bij het derde criterium, is een patiënt niet verplicht om rationale redenen aan te halen voor het aanvaarden of weigeren van een behandeling. In die context heeft dit criterium het voordeel dat het enkel vereist dat de patiënt relevante informatie kan begrijpen en toepassen, maar niet nagaat of hij dat ook daadwerkelijk doet om vervolgens een "juiste" beslissing te nemen. Dit

criterium is dan ook relatief vrij van externe waardeoordelen en wordt mede daardoor overwegend gehanteerd in de rechtsleer. In het geval van een geestesstoornis wordt met dit criterium enkel rekening gehouden wanneer het een persoon verhindert om de nodige afwegingen te maken, niet wanneer de persoon nog wel over de nodige vermogens beschikt, maar er geen gebruik van maakt. De beoordeling vindt dus deels plaats op basis van vooronderstellingen over wilsprocessen die extern niet waarneembaar zijn. Dit is een nadeel van dit criterium.

5. Feitelijk begrip (*actual understanding*). Dit criterium vangt het nadeel van het vorige criterium op door na te gaan of de patiënt de verstrekte informatie daadwerkelijk begrepen heeft en in overweging heeft genomen. Een nadeel van dit criterium is dat het begrijpen van informatie afhankelijk is van de manier waarop de informatie verstrekt wordt door de arts, waardoor deze een instrument in handen krijgt om de wilsbekwaamheid van de patiënt te modelleren volgens zijn opvattingen over een noodzakelijke behandeling. Volgens Swennen (2000), wordt dit criterium gebruikt als voorbereiding op het vierde criterium (in staat zijn te begrijpen): uit de afwezigheid van werkelijk begrijpen wordt afgeleid dat een patiënt niet in staat was om te begrijpen.
6. Inzicht in de aard van de situatie. Dit criterium werd besproken door H. Van De Klippe die stelt dat de vaststelling van wilsbekwaamheid afhangt van het cumulatieve gebruik van het derde en vijfde criterium. Bovendien stelt het dat wilsbekwaamheid veronderstelt dat de patiënt inzicht heeft in de situatie waarover hij moet beslissen, dat

hij m.a.w. ziekte-inzicht heeft. De criteria ter beoordeling van wilsbekwaamheid omvatten het kunnen maken van een begrepen en met inzicht gemaakte beslissingskeuze die redelijk verantwoord en gegrond is.

Uit bovenstaande bespreking blijkt dat bepaalde criteria soms cumulatief gebruikt worden. Bovendien zou de aard van de ingreep waarover de beslissing moet worden beoordeeld, beïnvloeden welk criterium gebruikt wordt. Binnen de rechtsleer wordt daarom soms gepleit voor een "glijdende schaal"-model. Dit houdt in dat het criterium dat gebruikt wordt om te oordelen over wilsbekwaamheid, afhangt van de "objectieve" noodzaak van een medische behandeling of het therapeutische oogmerk van een ingreep. Voor noodzakelijke ingrepen zou een lage toelatings- en een hoge weigeringsdrempel gelden. Volgens Swennen (2000) kunnen er tegen deze benaderingswijze een aantal bezwaren worden opgeworpen. Het glijdende schaal-model kan aanleiding geven tot manipulatie door de arts in functie van zijn opvattingen over zijn rol als arts, de wilsbekwaamheid van de geesteszieke patiënt, enz. Ondermeer daarom moet de keuze voor een criterium niet gemaakt worden op basis van de 'zin' van een behandeling, maar op basis van andere criteria zoals de ernst, de hoogdringendheid, het risico of de gecompliceerdheid van de medische behandeling. Men kan zich uiteraard afvragen of het überhaupt nodig is om voor medische ingrepen met verstrekkende gevolgen een hogere toelatingsdrempel te stellen. Volgens Swennen is dit niet noodzakelijk. Indien de beslissing over wilsbekwaamheid gebeurt aan de hand van het criterium van feitelijk begrip, dan is er volgens Swennen bij een meer risicovolle ingreep geen reden om een an-

Tabel 1: Artikelen uit het Belgisch burgerlijk wetboek met betrekking to onbekwaamheid.

Art. 489. Een meerderjarige die zich in een aanhoudende staat van onnozelheid of krankzinnigheid bevindt, moet worden onbekwaam verklaard, zelfs wanneer in die staat heldere tussenpozen voorkomen.
Art. 502. De onbekwaamverklaring of de benoeming van een raadsman heeft haar gevolgen vanaf de dag van het vonnis. Alle handelingen die daarna verricht worden door de onbekwaamverklaarde, of zonder de bijstand van de raadsman, zijn rechtens nietig.
Art. 503. De handelingen die voor de onbekwaamverklaring verricht zijn, kunnen vernietigd worden, indien de oorzaak van de onbekwaamverklaring kennelijk bestond ten tijde dat die handelingen zijn verricht.
Art. 504. Na iemands dood kunnen de door hem verrichte handelingen niet worden betwist op grond van krankzinnigheid, dan voor zover de onbekwaamverklaring was uitgesproken of gevorderd voor zijn overlijden; tenzij het bewijs van de krankzinnigheid uit de betwiste handeling zelf voortvloeit.
Art. 508. Met uitzondering van de echtgenoten, de bloedverwanten in de opgaande en die in de nederdalende lijn, is niemand verplicht de voogdij over een onbekwaamverklaarde meer dan tien jaren te behouden. Na verloop van die tijd kan de voogd vragen dat hij wordt vervangen en dit moet hem worden toegestaan.
Art. 509. De onbekwaamverklaarde staat gelijk met een minderjarige, wat betreft zijn persoon en zijn goederen; de wetten op de voogdij over minderjarigen zijn van toepassing op de voogdij over onbekwaamverklaarden. Op vordering van het openbaar ministerie wordt van het vonnis binnen tien dagen na de uitspraak aan de territoriaal bevoegde vrederechter kennisgegeven.
Art. 510. De inkomsten van de onbekwaamverklaarde moeten in hoofdzaak aangewend worden om zijn lot te verzachten en zijn genezing te bespoedigen.
Art. 511. Wanneer een kind van een onbekwaamverklaarde een huwelijk wenst aan te gaan, worden het verlenen van huwelijksgoed of van een voorschot op zijn erfdeel, geregeld door de voogd die daartoe door de vrederechter behoorlijk gemachtigd is.
Art. 512. De onbekwaamverklaring eindigt met de oorzaken die daartoe aanleiding hebben gegeven; echter wordt de opheffing niet uitgesproken dan met inachtneming van de vormen die voorgeschreven zijn om de onbekwaamverklaring te bekomen, en de onbekwaamverklaarde zal de uitoefening van zijn rechten niet kunnen hervatten dan na het vonnis van opheffing.

der criterium te gebruiken voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Het toegenomen risico is immers een bijkomend feit dat de patiënt moet begrijpen, en kan dus perfect worden opgevangen met het criterium van feitelijk begrip. Het oorspronkelijke criterium impliceert door de bijkomende informatie reeds een hogere toelatingsdrempel.

Eén algemeen toepasbaar criterium bestaat niet volgens Swennen en is volgens hem ook niet nodig. De verschillende criteria corresponderen met de verschillende stadia in een beslissingsproces. Voor elke beoordeling van de wilsbekwaamheid moet steeds dat criterium gekozen worden dat betrekking heeft op die stap in het wilsvormingsproces die m.b.t. de concrete medische ingreep de belangrijkste is.

3. Wat indien een patiënt wilsonbekwaam wordt verklaard? (op basis van de Wet betreffende de rechten van de patiënt)

Is er nood aan een somatische behandeling en is de patiënt *wilsgeschikt*, dan wordt de behandeling enkel uitgevoerd als de patiënt daartoe toestemming geeft. Is de patiënt wilsonbekwaam en heeft hij een bevoegde vertegenwoordiger, dan zijn er drie mogelijke scenario's. Geeft de vertegenwoordiger toestemming voor de behandeling en is er geen verzet van de patiënt, dan wordt de behandeling toegepast. Geeft de vertegenwoordiger geen toestemming en is er geen onmiddellijk gevaar voor het leven of de gezondheid van de patiënt, dan wordt er niet behandeld. Is er wél gevaar voor het leven of de gezondheid van de patiënt, dan wordt de beslissing van de vertegenwoordiger "*overruled*" om het belang van de patiënt te behartigen.

Gaat het om de behandeling van een psychische aandoening, dan wordt er behandeld indien de patiënt wilsbekwaam is en toestemming tot behandeling geeft. Geeft de wilsbekwame patiënt die toestemming niet, dan kan dwangopname overwogen worden indien er daarvoor indicaties zijn.

Is de patiënt *wilsonbekwaam*, heeft hij een bevoegde vertegenwoordiger en zijn er geen indicaties voor dwangopname, dan zijn dezelfde 3 scenario's mogelijk als bij de somatische behandeling van een wilsonbekwame patiënt: behandeling bij toestemming van de vertegenwoordiger en het ontbreken van verzet bij de patiënt; geen behandeling als de vertegenwoordiger toestemming weigert en er geen gevaar is voor het leven of de gezondheid van de patiënt; is er wel gevaar voor het leven of de gezondheid van de patiënt, dan wordt de uitspraak van de vertegenwoordiger verworpen in het belang van de patiënt. Zijn er wel indicaties voor dwangopname, dan zijn er opnieuw drie mogelijkheden. Geeft de vertegenwoordiger toestemming en is er geen

verzet van de patiënt, dan wordt er behandeld. Geeft de vertegenwoordiger toestemming maar verzet de patiënt zich, dan wordt er overgegaan tot dwangopname. Weigert de vertegenwoordiger toestemming te geven, dan volgt er eveneens dwangopname.

Wilsbekwaamheid wordt voorondersteld tot het tegendeel bewezen is.

4. Gedwongen opname

Artikel 2 uit de Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke patiënt stelt dat de voorwaarden voor een gedwongen opname de volgende zijn: de patiënt lijdt aan een geestesziekte; de patiënt brengt zijn gezondheid en veiligheid in gevaar of vormt een ernstige bedreiging voor andermans leven of integriteit; er is geen ander geschikt alternatief.

Gedwongen opname is dus niet afhankelijk van de wils(on)bekwaamheid van een patiënt.

Met het oog op een gedwongen opname kan elke belanghebbende een verzoekschrift indienen bij de vrederechter. Dit verzoekschrift moet vergezeld gaan van een omstandig medisch verslag dat ten hoogste 15 dagen oud is en waarin de gezondheidstoestand van de patiënt wordt beschreven en waarin er wordt aangetoond dat voldaan is aan de voorwaarden voor gedwongen opname. Wordt het verzoekschrift ontvankelijk verklaard, dan stelt de vrederechter binnen de 24u een advocaat aan, wordt er beslist wanneer de vrederechter een bezoek brengt aan de zieke en wanneer de zitting zal plaatsvinden. Binnen dezelfde termijn wordt de zieke zelf ingelicht over het ingediende verzoekschrift, de dag en het uur van het bezoek van de vrederechter en van de geplande zitting. Indien de zieke de naam van de geneesheer-psychiater van zijn keuze niet heeft doorgegeven, kan de vrederechter er één aanstellen om de zieke bij te staan. Binnen de tien dagen na indiening van het verzoekschrift wordt een vonnis uitgesproken in een openbare zitting. Als de rechter het verzoek inwilligt, wijst hij de psychiatrische instelling aan waarin de zieke ter observatie wordt opgenomen.

Gaat het om een spoedprocedure (hoogdringendheid), dan vindt er via de procureur des Konings onmiddellijke opname plaats, hetzij op basis van een schriftelijk advies van een door de procureur des Konings aangewezen geneesheer, hetzij op basis van een schriftelijk verzoek van een belanghebbende. Dit verzoek moet vergezeld zijn van een omstandig medisch verslag. Het advies of het verslag moeten het spoedeisende karakter aantonen. Binnen de 24 uur na zijn beslissing start de procureur des Konings via de vrederechter de gewone procedure. De

gedwongen opname/observatie mag niet langer dan 40 dagen duren. Vóór dag 40 volgt er een uitspraak over een eventuele verlenging van de gedwongen opname. Die verlenging kan maximaal 2 jaar bedragen.

5. Punten van consensus (Berghmans et al. 2003, 2004; Ruysen et al. 2011)

Ofschoon meerdere elementen i.v.m. wilsbekwaamheid voorwerp zijn van aanhoudende discussie, bestaat er in de literatuur consensus over een aantal uitgangspunten.

Men is het erover eens dat wilsbekwaamheid voorondersteld moet worden tot het tegendeel is bewezen. Deze vooronderstelling geldt voor alle patiëntgroepen (zowel patiënten met somatische aandoeningen als patiënten met een psychische stoornis) en geeft uiting aan het fundamentele respect voor de autonomie en de waardigheid van een persoon (Carpenter 1999). Dit impliceert dat degene die van oordeel is dat een patiënt wilsonbekwaam is, moet bewijzen dat dit effectief het geval is (Weisstub 1990). Deze vooronderstelling kan echter voor problemen zorgen wanneer het gaat om situaties waarin het gaat om medische of andere interventies die niet dadelijk in het belang van de patiënt zijn, zoals bij deelname aan onderzoek. De vooronderstelling van wilsbekwaamheid kan er dan toe leiden dat patiënten die wilsonbekwaam zijn, formulieren voor geïnformeerde toestemming ondertekenen terwijl ze die niet begrijpen en zo deelnemen aan riskant en/of belastend onderzoek (Berghmans & Widdershoven 2003).

Daarnaast is men het erover eens dat wilsbekwaamheid taakspecifiek is, altijd ter zake van een bepaalde beslissing (Buchanan & Brock 1989). Wilsbekwaamheid is effectief altijd gerelateerd aan een specifieke behandeling of aan een beslissing over deelname aan onderzoek. Een patiënt kan met andere woorden wilsgeschikt zijn voor beslissing A en tegelijkertijd wilsgeschikt voor beslissing B. Dat wilsbekwaamheid

In de literatuur bestaan verschillende benaderingswijzen van het concept wilsbekwaamheid: de cognitieve benadering met aandacht voor criteria zoals begrijpen, toepassen, redeneren en een keuze kunnen communiceren, de emotionele benadering en de benadering die het waardensysteem belicht.

geëvalueerd moet worden in functie van de te nemen beslissing, impliceert dat er meer gevraagd wordt van een patiënt wanneer het gaat om een complexe, dan wel om een eenvoudige beslissing.

Ten derde, is men het erover eens dat een beslissing over de wilsbekwaamheid van een patiënt gebaseerd moet worden op de kwaliteit van het besluitvormingsproces en niet op de uitkomst van dat proces, het besluit zelf, zelfs wanneer die uitkomst als onverstandig of irrationeel wordt beschouwd door anderen.

Ten slotte bestaat er in de literatuur ook consensus over het feit dat het begrip wilsbekwaamheid een normatieve dimensie bevat (Appelbaum & Roth 1982; Buchanan & Brock 1989; Berghmans, 2001). Een beoordeling van de wilsbekwaamheid van een patiënt impliceert immers dat er een antwoord wordt gegeven op de vraag of het wilsvormingsproces "goed genoeg" is om gerespecteerd te worden; dit betekent dat er een norm gehanteerd wordt over wat als voldoende wordt beschouwd. De beoordeling heeft ook directe gevolgen van normatieve aard, want de patiënt wordt (tijdelijk) al dan niet de mogelijkheid ontnomen om zelf te beslissen. Het oordeel verwijst dus naar een (beperking in) een normatief ideaal, namelijk autonomie.

6. Visies over wilsbekwaamheid

Ofschoon er over bepaalde aspecten van wilsbekwaamheid consensus bestaat, bestaan er in de literatuur verschillende benaderingswijzen van het concept wilsbekwaamheid.

6.1. Cognitieve benadering

Binnen deze benadering worden er een viertal criteria geformuleerd die men in overweging moet nemen bij het vormen van een oordeel over wilsbekwaamheid (Grisso e.a., 1995, 1997; Appelbaum, 2007). Men is het er in het algemeen over eens dat er aan de onderstaande vier criteria voldaan moet zijn opdat mensen in staat kunnen worden geacht om een geïnformeerde beslissing te nemen over behandeling of deelname aan onderzoek.

6.1.1. Het begrijpen van relevante informatie (understanding)

Dit criterium benadrukt dat het van belang is dat de patiënt de informatie die relevant is voor de keuze effectief begrijpt.

In deze context kan men zich afvragen hoeveel iemand moet begrijpen. Er zijn een aantal mogelijke standpunten. Ten eerste kan men vereisen dat een persoon alle verstrekte informatie begrijpt. Een andere mogelijkheid is dat men vraagt dat een bepaald percentage van de verstrekte informatie begrepen is. Ten derde kan men verlangen dat de score die het niveau van begrijpen weergeeft, binnen een bepaald aantal STDs rond het gemiddelde ligt. Ten slotte kan men vragen dat de meest belangrijke informatie in ieder ge-

val begrepen wordt. Dit laatste standpunt lijkt meer zinvol dan een visie waarin de nadruk wordt gelegd op een percentage begrepen informatie, vermits dit kan impliceren dat een patiënt als competent wordt geclassificeerd terwijl hij enkel triviale informatie begrepen heeft.

6.1.2. Informatie toepassen (appreciation)

Dit criterium vereist dat een patiënt niet enkel in staat is om relevante informatie te begrijpen, maar de informatie ook kan toepassen op zijn eigen concrete situatie. De patiënt moet inzien dat de verstrekte informatie over de aandoening, de diagnose en de mogelijke behandeling op hem van toepassing is en dus betekenisvol is. In deze context kan men de vraag stellen naar de relatie tussen wilsbekwaamheid en ziekte-inzicht. Sommigen zijn van mening dat gebrek aan ziekte-inzicht wilsongeschiltheid impliceert (Gutheil & Appelbaum, 1982). Als een patiënt zijn situatie anders beoordeelt dan de psychiater impliceert dit anderzijds niet dat hij zijn situatie niet beoordeelt of evalueert (Berghmans e.a., 2003, 2004). Men kan zich dan ook de vraag stellen hoe afwijkend de overtuiging van een patiënt moet zijn opdat hij als incompetent bestempeld moet worden.

Het evalueren en toepassen van informatie heeft bovendien ook een sterke emotionele component (Charland, 1998). In de literatuur wordt de invloed van emoties op een beslissingproces doorgaans als negatief gezien omdat het de puur rationele, cognitieve processen zou verstoren (Bursztajn e.a., 1991). Deze invloed kan echter ook positief zijn. Emoties kunnen belangrijke informatie verstrekken over de waarden, doelstellingen die voor een persoon van belang zijn (zie verder 6.2.).

6.1.3. Redeneren (manipulate information rationally)

De patiënt moet in staat zijn om aan de hand van logische processen de voor- en nadelen van verschillende keuzemogelijkheden af te wegen. De norm voor adequaat redeneren kan op verschillende manieren bepaald worden. Enerzijds kan men verlangen dat alle vaardigheden waarvan uit de literatuur blijkt dat ze relevant zijn voor besluitvorming, intact zijn. Dit is bv. het uitgangspunt van

de MacCAT meetinstrumenten (zie verder). Bij gebruik van een dergelijk instrument bestaat het gevaar dat men de aanwezigheid van vaardigheden vereist die voor het concrete beslissingsproces niet van toepassing zijn. Het kan ook zijn dat een patiënt een redeneerproces gebruikt dat niet door het gebruikte meetinstrument in kaart gebracht wordt, maar dat hij wel degelijk een redenering volgt. Tot slot is het ook mogelijk dat een patiënt een bepaalde redeneervaardigheid wel degelijk bezit, maar deze om één of andere reden niet laat zien. Deze benadering legt de lat voor competentie hoog. Een andere benadering die de lat veel lager legt, kan erin bestaan patiënten te vragen om welke redenen ze een bepaalde beslissing nemen. Is de beslissing logisch gerelateerd aan de redenen, dan concludeert men dat de patiënt een adequaat redeneervermogen heeft. Uiteraard zijn verschillende tussenposities tussen deze twee extremen mogelijk.

6.1.4. Een keuze kunnen communiceren (communicate a choice)

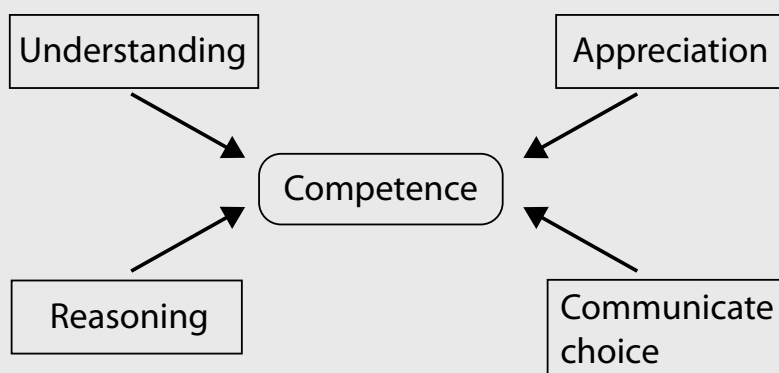
De patiënt moet in staat zijn om verbaal of non-verbaal aan te geven wat hij/zij wil. Dit is het meest basale criterium dat in de andere drie criteria wordt voorondersteld. Wanneer deze elementen aanwezig zijn, spreekt men van wilsbekwaamheid (Figuur 1).

Men heeft zich de vraag gesteld of al deze vaardigheden effectief aanwezig moeten zijn om over wilsbekwaamheid te kunnen spreken (Saks & Jeste, 2006). Sommigen suggereerden dat er een bepaalde hiërarchie zou bestaan in het belang van deze vier criteria; anderen stellen dat het mogelijk is dat het van de specifieke context afhangt welke criteria van belang zijn.

6.2. De invloed van emoties

Critici van de cognitieve benadering vragen zich af of een model dat de ratio centraal stelt, wel recht doet aan datgene wat van belang is bij het maken van een keuze (Charland, 1998, 2006). De belangrijkste beslissingen in een mensens leven (partnerkeuze, keuze voor een opleiding...) worden niet genomen op louter rationele gronden, maar ook op basis van emoties. Men kan dan ook

Figuur 1: Vereiste vaardigheden voor wilsbekwaamheid.



niet verwachten dat puur rationele argumenten een rol spelen bij soms ingrijpende beslissingen betreffende medische behandelingen. Bij ingrijpende beslissingen gaat het niet alleen om theoretische, maar ook om praktische kennis. Voorstanders van deze benadering stellen dan ook dat identiteit, emotie en praktische wijsheid meer centraal moeten staan bij de beoordeling van wilsbekwaamheid. Dit perspectief kreeg erkenning, ook vanuit de cognitieve hoek, maar hoe emoties verwerkt moeten worden in de beoordeling blijft een punt van discussie (Appelbaum, 1999).

6.3. De rol van waarden

Deze benadering van wilsbekwaamheid kwam tot stand op basis van onderzoek door Tan e.a. (2006) bij meisjes met anorexia nervosa. Deze patiënten lijken hun keuze voor het diëten perfect te kunnen beargumenteren en benoemen hun redenen en overwegingen. Zij stellen dat dun zijn de belangrijkste waarde in hun leven is. Volgens de cognitieve benadering zijn deze patiënten wilsbekwaam, terwijl men hen wel degelijk als wilsonbekwaam kan zien. Het zijn die veranderde waarden, en niet beperkingen in cognitieve capaciteiten, die hun wilsbekwaamheid beperken. Tan e.a. (2006) stellen dan ook dat de traditionele, cognitieve visie op wilsbekwaamheid geen oplossing biedt voor de wijze waarop deze patiënten wilsonbekwaam zijn. Dit betekent dat de traditionele beoordeling van wilsbekwaamheid ter discussie komt te staan. Andere onderzoekers sluiten zich intussen aan bij deze nieuwe benadering (Charland, 2006; Vollman e.a., 2003; Thiels & Curtice, 2009).

7. Onderzoek naar de cognitieve criteria van wilsbekwaamheid bij mensen met een psychiatrische aandoening

Wanneer mensen aan een mentale aandoening lijden, worden verschillende mentale functies aangetast, waaronder perceptie, aandacht, cognitie en stemming. Men kan verwachten dat dit het vermogen tot besluitvorming van de getroffen personen kan beïnvloeden. De invloed van een psychiatrische aandoening op de componenten van wilsbekwaamheid vormde dan ook het onderwerp van heel wat onderzoek. Uiteraard is de groep van psychiatrische aandoeningen niet homogeen en kunnen er betekenisvolle verschillen in cognitief functioneren bestaan tussen de verschillende aandoeningen. In wat nu volgt, concentreren we ons voornamelijk op patiënten met schizofrene psychose, en op de drie voornaamste criteria, namelijk begrijpen, toepassen en redeneren.

7.1. Begrijpen (*understanding*)

In een studie van Irwin e.a. (1985) werd aan 47 psychotische patiënten informatie over anti-psychotica voorgelezen. De patiënten moesten daarna een reeks vragen beantwoorden over de verstrekte informatie. De meeste patiënten be-

waarden dat ze de informatie begrepen hadden, maar 19% tot 43% (afhankelijk van de gebruikte criteria) bleek de informatie slecht te hebben begrepen. In vergelijkbare studies wordt eenzelfde mate van deficit gerapporteerd (Beck, 1988; Kleinman e.a., 1989; Janofsky e.a., 1992). Ook in de studie van Wirshing e.a. (1998) kwam enkel het aspect "begrijpen" aan bod. Men had een aantal "informed consent"-formulieren voorgelezen en uitgelegd aan een steekproef van 49 schizofrene patiënten. De patiënten vulden vervolgens voor elke onderzoeksprotocol een vragenlijst in die betrekking had op de informatie verstrekt in het "informed consent"-formulier. Indien een proefpersoon niet alle vragen correct beantwoordde, werd de procedure herhaald totdat de patient alle vragen correct beantwoordde. Na 7 dagen werden de vragenlijsten opnieuw afgenomen om na te gaan hoeveel van de informatie onthouden werd. Bij de eerste afname van de vragenlijst bedroeg de mediaanscore 80% correcte antwoorden. 53% van de patiënten had een tweede poging nodig om de vragenlijst volledig juist in te vullen, 37% had zelfs drie of meer pogingen nodig. De scores verbeterden tussen de eerste afname van de vragenlijst en de afname op dag 7. Wanneer schizofrene patiënten op een aangepaste manier geïnformeerd worden, blijken ze wel degelijk in staat de relevante informatie uit een "informed consent" te begrijpen en te onthouden.

In dit soort onderzoek gaat men er doorgaans impliciet vanuit dat de beperkingen die geobserveerd worden het gevolg zijn van de mentale aandoening. Nochtans is het mogelijk dat andere factoren, zoals de stress waarmee elke ziekte gepaard gaat, het begrijpen van informatie negatief kan beïnvloeden, en dit zelfs bij mensen zonder een mentale aandoening. Jaffe (1986) vond effectief geen verschil in het begrijpen van informatie tussen 2 groepen van 16 ambulante patiënten waarbij één groep werd behandeld voor een mentale aandoening, terwijl de andere groep behandeling kreeg voor een somatische aandoening. Vergelijkbare resultaten werden geobserveerd door Janofsky e.a. (1992) en Soskis (1978). Anderzijds toont correlatieel onderzoek binnen psychiatrische populaties aan dat slecht begrijpen gecorreleerd is met denkstoornissen, psychose en een diagnose van schizofrenie in vergelijking met een diagnose van depressie. Er is dus zowel evidentie die de invloed van mentale aandoeningen op beperkingen in het begrijpen bevestigt als weerlegt.

7.2. Toepassen (*appreciation*)

Dit criterium vereist dat een patiënt inziet dat hij aan een ziekte lijdt en in staat is de voor- en nadelen van een behandeling of onderzoek toe te passen op zijn eigen concrete situatie. Dat een gebrekkig ziekte-inzicht een frequent voorkomend symptoom is in de schizofrene populatie, werd reeds door tal van onderzoekers

aangetoond (bv. Carpenter e.a., 1976; Amador e.a., 1993; Pijnenburg & Aleman, 2010). Als men de bekwaamheid onderzocht van schizofrene patiënten om in te schatten in welke mate ze actueel en in de toekomst nood zouden hebben aan behandeling, dan bleek die bekwaamheid eveneens verminderd.

7.3. Redeneren (*manipulate information rationally*)

Rosenfeld e.a. (1992) ontwikkelden een gokparadigma waarbij ambulante en gehospitaliseerde schizofrene patiënten enerzijds, en hun niet-schizofrene broers/zussen of ouders anderzijds, een keuze moesten maken tussen twee mogelijkheden die verschilden in de kans op winst en in de hoeveelheid geld die gewonnen of verloren kon worden. Gehospitaliseerde schizofrene patiënten bleken significant minder keuzes te maken volgens een rationeel keuzemodel (d.w.z. een model dat winst maximaliseert en verlies minimaliseert) dan ambulante patiënten en controlepersonen. In een onderzoek van Stanley e.a. (1982) bij gemengde diagnostische groepen werd de deelnemers gevraagd om deel te nemen aan een hypothetisch onderzoek. Veertig procent van de acuut gehospitaliseerde patiënten zouden toestemmen in deelname aan een onderzoek met hoog risico gecombineerd met laag persoonlijk voordeel, 32% weigerde deelname aan onderzoek met laag risico en hoog persoonlijk voordeel. In een vergelijkbare studie die het keuzegedrag van psychiatrische gehospitaliseerde patiënten vergeleek met dat van gehospitaliseerde patiënten met een somatische aandoening, werd echter geen verschil geobserveerd tussen beide groepen (Stanley e.a., 1981).

Onderzoek naar de mogelijkheden van psychiatrische patiënten om informatie rationeel te manipuleren, heeft meestal gebruik gemaakt van taken die niets te maken hebben met besluitvorming in een klinische setting. Het is dan ook moeilijk de resultaten te veralgemenen naar beslissingen over deelname aan onderzoek.

Grisso e.a. (1995) gebruikten 3 meetinstrumenten om de bovenstaande drie criteria te bestuderen en om het vermogen tot geïnformeerde besluitvorming te evalueren bij zes proefgroepen:

- "understanding treatment disclosure" (UTD): is gerelateerd aan het element "understanding" en evalueert de prestatie van individuen in een taak waarin ze moeten aantonen dat ze verstrekte informatie over een psychiatrische of medische aandoening en daarbij horende behandelmogelijkheden begrepen hebben. De UTD omvat drie subtests.
- "perception of disorder" (POD): is gelinkt aan de component "appreciation" en evalueert in welke mate patiënten erkennen dat ze lijden aan de aandoening waarmee ze gediagnosticeerd zijn en de mogelijke waarde van behandeling inzien.

- “thinking rationally about treatment” (TRAT): evalueert in welke mate de individuen kunnen redeneren met de informatie die ze gekregen hebben. De TRAT bevat ook één item dat toelaat na te gaan of een individu in staat is om uiting te geven aan een keuze/beslissing.

Deze instrumenten werden voorgelegd aan 6 proefgroepen. Drie van deze proefgroepen bestaan uit gehospitaliseerde individuen: een groep schizofrene patiënten (n = 75), een groep depressieve patiënten (n = 92) en een groep patiënten met een ischemische hartziekte (n = 82). Voor elk van deze drie groepen was er een gematchte controlegroep die bestond uit mensen die in dezelfde gemeenschap leefden, maar niet gehospitaliseerd waren en die niet gediagnosticeerd waren met schizofrenie, depressie of een ischemische hartaandoening. De resultaten van dit onderzoek worden samenvattend weergegeven in **tabel 2**.

Uit de resultaten blijkt dat schizofrene patiënten de meest uitgesproken beperkingen vertoonden. Op basis van de resultaten van deze studie werd eveneens nagegaan (Grisso & Appelbaum, 1995) welke proportie patiënten als wilsonbekwaam werd geëvalueerd op basis van elk van de criteria afzonderlijk, en op basis van verschillende mogelijke combinaties van criteria.

Elk van deze vermogens kan gereduceerd zijn onder invloed van cognitieve beperkingen, bepaalde symptomen en situationele factoren zoals de complexiteit van de verstrekte informatie. In functie van de context kan het vereiste niveau van functionele capaciteiten verschillen. Zo kan men minder strenge eisen stellen m.b.t. het vermogen tot besluitvorming wanneer het gaat om onderzoek of behandelingen die met weinig risico gepaard gaan. Het is echter niet duidelijk waar men de lat moet leggen voor welk soort beslissing.

8. Hoe het vermogen tot besluitvorming meten?

De voorbije jaren werden heel wat instrumenten ontwikkeld om het vermogen tot besluitvorming te meten. Men kan een onderscheid maken tussen instrumenten voor de evaluatie van wilsonbekwaamheid in het kader van deelname aan wetenschappelijk onderzoek (bv. *Brief Informed Consent Test, Evaluation to sign consent, Quality of informed consent questionnaire*) en instrumenten die de wilsonbekwaamheid evalueren in het kader van het instemmen met een medische behandeling (bv. *Competency interview schedule, Assessment of consent capacity for treatment, Ontario competency questionnaire*) (Dunn e.a., 2006).

Niet alle criteria komen aan bod in elk instrument. Op een paar uitzonderingen na, spitsen de meeste instrumenten zich toe op “begrijpen”. De keuze voor een specifiek instrument hangt af van de context waarin het gebruikt zal worden. Deze keuze wordt bemoeilijkt door het feit dat de instrumenten sterk verschillen in wat ze precies meten, terwijl ze wel dezelfde labels gebruiken.

Er bestaan betekenisvolle verschillen in cognitief functioneren tussen de verschillende psychiatrische aandoeningen.

MacArthur's *competence assessment tool for clinical research* (MacCAT-CR) en MacArthur's *competence assessment tool for treatment* (MacCAT-T) worden empirisch het meest gebruikt en gelden als algemeen referentiepunt. Een Nederlandse vertaling is beschikbaar (Van Eyk ea, 2006).

De MacCAT-T (Grisso e.a., 1997) is een semi-structureerd interview dat patiënt en clinicus

leidt doorheen een proces waarin informatie wordt vrijgegeven die gerelateerd is aan de “informed consent”, en waarin tevens de bekwaamheid van de patiënt om beslissingen te nemen op basis van deze informatie geëvalueerd wordt. Voorafgaand aan het interview verzamelt de interviewer de relevante informatie m.b.t. diagnose, symptomen en mogelijke behandelingen en integreert die informatie in de juiste secties van de MacCAT-T. Het interview begint met het verstrekken van informatie over de aard van de aandoening van de patiënt, zijn/haar symptomen en de mogelijke behandelingen met de daarbij horende voor- en nadelen, en eindigt met een keuze van de patiënt en een motivering van die keuze. Tijdens het interview moeten er door de clinicus een aantal vragen gesteld worden om de vaardigheid van de patiënt om de verstrekte informatie te begrijpen, toe te passen, erover te redeneren en een duidelijke keuze uit te drukken, te evalueren. De MacCAT-T neemt zo'n 15 à 20 minuten in beslag.

MacCAT-CR (Carpenter e.a., 2000) is een gestructureerd interview dat op basis van 21 items die gescoord worden op een 3-puntenschaal, evalueert of de patiënt in staat is informatie in een “informed consent” te begrijpen (13 items), toe te passen (3 items), erover te redeneren (4 items) en een keuze uit te drukken (1 item).

9. Evaluatie van het vermogen tot besluitvorming bij schizofrene patiënten.

In een preliminair onderzoek met de MacCAT-T (Grisso e.a. (1997) werden 40 recent gehospitaliseerde patiënten met schizofrenie vergeleken met 40 gematchte controlepersonen zonder mentale aandoening. Hoewel veel patiënten even goed presteerden als controlepersonen, scoorden de gehospitaliseerde schizofrene patiënten over het algemeen significant minder goed dan de controlepersonen op de MacCAT-T. Binnen de patiëntenpopulatie bleek een slechtere score gerelateerd aan sommige symptomen zoals desoriëntatie, hallucinaties en conceptuele verwarring.

Carpenter e.a. (2000) ontwikkelden een versie van de MacCAT-CR waarin een gerandomiseerde, dubbel-blinde klinische trial voor een nieuw antipsychoticum werd beschreven. De deelnemers aan het onderzoek werd verzocht zich voor te stellen dat hen gevraagd werd deel te nemen aan de klinische trial. 30 schizofrene patiënten en 24 controlepersonen namen deel aan het onderzoek. Naast de aangepaste versie van de MacCAT-CR werden bij de patiënten ook de symptomatologie en het cognitief functioneren geëvalueerd. Schizofrene patiënten die slecht presteerden op de MacCAT-CR, kregen een educatieve sessie die erop gericht was hun vermogen tot het geven van “informed consent” te verbeteren en werden vervolgens opnieuw

Tabel 2: Resultaten van het onderzoek van Grisso e.a. (1995).

Test	Resultaten
UTD	Schiz < gematchte Controle Depr < gematchte Controle Hartz = gematchte Controle Schiz < Depr = Hartz
POD	
Erkennen aan een ziekte te lijden	Schiz < Depr = Hartz
Potentieel van een behandeling in te zien	Schiz = Depr = Hartz
TRAT	Schiz < gematchte Controle Depr < gematchte Controle Hartz = gematchte Controle Schiz < Depr = Hartz

Depr = Depressieve patiënten; Hartz = Patiënten met een ischemische hartziekte; Schiz = Schizofrene patiënten

getest. De patiëntengroep deed het minder goed dan de controlegroep op het vlak van vermogen tot besluitvorming. Het vermogen tot besluitvorming was matig gecorreleerd met de mate van symptomatologie (hoe meer symptomen, hoe minder vermogen tot besluitvorming), en sterk gecorreleerd met de mate van cognitieve beperkingen (hoe meer beperkingen, hoe minder vermogen tot besluitvorming). Na de educatieve sessie bleken er geen verschillen meer te bestaan tussen patiënten en controlepersonen. In een vergelijkbaar onderzoek van Kovnick e.a. (2003) werden chronische schizofrene patiënten vergeleken met controlepersonen die gematcht waren voor geslacht, leeftijd, ras en socio-economische status. Opnieuw bleken de schizofrene patiënten slechter te presteren dan controlepersonen in alle aspecten van de besluitvorming. Zowel psychopathologie als cognitief functioneren waren significant negatief gecorreleerd met "begrijpen" en "toepassen" in de schizofrene proefgroep. Ook de duur van de hospitalisatie bleek significant negatief gecorreleerd met alle deelaspecten van het vermogen tot besluitvorming.

Ook Moser e.a. (2002) gebruikten een versie van de MacCAT-CR aangepast aan een hypothetisch onderzoek en legden deze voor aan 25 schizofrene patiënten en aan 25 seropositieve patiënten. 80% van de schizofrene patiënten en 96% van de seropositieve patiënten hadden een adequaat vermogen tot besluitvorming, al scoorden de schizofrene patiënten significant minder goed dan de seropositieve patiënten op "begrijpen" en "toepassen". Binnen de groep schizofrene patiënten bleken symptomatologie en neuropsychologisch functioneren significant gecorreleerd met het vermogen tot besluitvorming.

Palmer e.a. (2005) gebruiken de MacCAT-CR in een studie die het vermogen tot besluitvorming vergeleek bij ouderen met schizofrenie (N = 35, gemiddelde leeftijd = 66 jaar (sd = 5.2)), alzheimer (N = 30, gemiddelde leeftijd = 77 jaar (sd = 6.6)) en diabetes mellitus (N = 36, gemiddelde leeftijd = 71 (sd = 6.2)). Diabetespatiënten scoorden het best op de MACCAT-CR, alzheimerpatiënten het slechtst. De schizofrene patiënten namen een tussenpositie in. Er was ook hier grote heterogeniteit binnen elke groep. De prestatie op de *Mini Mental state examination* was over het algemeen de beste predictor van vermogen tot besluitvorming.

Op basis van de aangehaalde studies kan men concluderen dat een groot deel van de schizofrene patiënten in staat is om een "informed consent" te geven. Bovendien blijkt het mogelijk schizofrene patiënten die niet in staat zijn tot adequate besluitvorming, te remediëren via aangepaste educatieve interventies.

Het fluctuerende verloop van schizofrene psychose kan vragen oproepen met betrekking tot de stabiliteit van wilsbekwaamheid. Dit kan in het bijzonder relevant zijn voor schizofrene patiënten die deelnemen aan longitudinale

onderzoeksprojecten. Stroup e.a. (2011) gingen dit na door de MacCAT-CR af te nemen bij 1.158 schizofrene patiënten die deelnamen aan de CATIE-trial. De afname gebeurde bij baseline, na 6 maanden en na 18 maanden. De resultaten voor "begrijpen", "toepassen" en "redeneren" waren sterk vergelijkbaar: 15 à 20% van de patiënten verbeterde, ongeveer een kwart verslechterde, de overblijvende patiënten bleven stabiel. 4% van de deelnemers haalden bij baseline niet het vereiste niveau van wilsbekwaamheid voor deelname aan de studie.

In de evaluatie van wilsbekwaamheid dient er een onderscheid te worden gemaakt tussen de deelname aan wetenschappelijk onderzoek en het instemmen met een medische behandeling.

Er werd ook onderzoek gedaan naar de invloed van het gebruik van één bepaalde, dan wel van een combinatie van criteria voor het bepalen van wilsonbekwaamheid op het percentage patiënten dat als wilsonbekwaam wordt beschouwd. Grisso en Appelbaum (1995) gingen dit na voor de drie belangrijkste criteria (begrijpen, toepassen, redeneren) op de gegevens uit Grisso en Appelbaum (1995a). Het percentage schizofrene patiënten dat als wilsonbekwaam werd geëvalueerd, was vergelijkbaar voor de drie onderzochte criteria, namelijk 28%, 24% en 22,7% voor respectievelijk begrijpen, redeneren en toepassen. Het gaat hierbij echter niet steeds om dezelfde patiënten – patiënten die slecht scoren op één criterium, kunnen goed scoren op een ander. Ging men criteria combineren, zodat patiënten op meerdere criteria een voldoende hoge score moesten halen om wilsbekwaam te worden verklaard, dan steeg het percentage patiënten dat als wilsonbekwaam werd beoordeeld. Deze resultaten tonen aan dat als men ervoor kiest slechts één criterium te gebruiken om te beoordelen of patiënten wilsonbekwaam zijn, de leuze van een criterium niet onbelangrijk is, aangezien andere patiënten wilsonbekwaam zullen worden verklaard in functie van het criterium waarvoor men kiest. Meestal wordt echter gebruik gemaakt van een combinatie van criteria, en dit heeft zowel voor- als nadelen. Er bestaat niet één criterium dat breed genoeg is om alle patiënten met verminderde wilsbekwaamheid te identificeren, zodat het combineren van criteria kan voorkomen dat patiënten die in feite wilsonbekwaam zijn, door de mazen van het net glijpen. Anderzijds is het zo dat door cri-

teria te combineren aan een steeds groter deel van de patiënten het recht om zelf beslissingen te nemen, wordt ontnomen.

Volgende link, <http://www.zorgvoorzorgvrijheid.nl/download/Handreiking%20WOB.pdf>, verwijst naar een document waarin de theoretische vorming over wilsbekwaamheid wordt vertaald naar een concrete, zij het niet-psychiatrische, zorgcontext. Deze illustratie kan handvaten bieden voor het gebruik van het concept wilsbekwaamheid in de klinische praktijk.

10. Moeten we dezelfde criteria hanteren voor gehospitaliseerde en ambulante patiënten? (Saks & Jeste, 2006)

Over de vraag of dezelfde competentienormen gebruikt moeten worden voor gehospitaliseerde en ambulante opvattingen bestaan meerdere visies. Zowel de opvatting dat de normen dezelfde moeten zijn als de opvatting dat de normen minder streng mogen zijn, hetzij voor ambulante, hetzij voor gehospitaliseerde patiënten, hebben voor- en tegenstanders.

Wanneer het gaat om het weigeren van behandeling, stellen voorstanders van minder strikte normen voor gehospitaliseerde patiënten dat de kans dat een patiënt ernstige verwondingen toebrengt aan iemand anders dan zichzelf in een ziekenhuis, beduidend kleiner is dan in een ambulante setting. Anderzijds zijn opgenomen patiënten doorgaans zeker dan ambulante patiënten en hebben ze dus meer nood aan een behandeling om op termijn het ziekenhuis te kunnen verlaten. De autonomie van een patiënt tijdens hospitalisatie beperken, kan er dus toe bijdragen dat zijn autonomie later groter wordt. Tot slot is het ook in het belang van de samenleving dat gehospitaliseerde patiënten medicatie kunnen krijgen, o.a. omdat een ziekenhuisverblijf een dure aangelegenheid is.

Voorstanders van strengere normen voor ambulante patiënten stellen dat ambulante patiënten minder gesuperviseerd worden, zodat de mogelijkheden om gevaarlijke situaties te controleren of te minimaliseren kleiner zijn. Op grond hiervan zou men dus strengere normen kunnen opleggen alvorens iemand als wilsbekwaam te beschouwen. Door op het vlak van de behandeling strengere normen op te leggen aan ambulante patiënten, beperkt men weliswaar hun autonomie enigszins, maar beschermt men de patiënt ook tegen de sterke reductie van autonomie die zou optreden als hospitalisatie noodzakelijk zou worden bij weigering van behandeling door de patiënt. Anderzijds stellen sommigen dat de typische ambulante patiënt minder ziek is dan de typische gehospitaliseerde patiënt zodat behandeling minder dringend is.

11. Moeten we dezelfde criteria gebruiken voor behandeling als voor deelname aan onderzoek? (Saks & Jeste, 2006)

Men is het erover eens dat een weigering om deel te nemen aan onderzoek, steeds gerespecteerd moet worden, ongeacht hoe incompetent de patiënt in kwestie is. Op een vergelijkbare manier is instemmen met traditionele behandelingen over het algemeen een goede keuze, zelfs wanneer de patiënt als incompetent wordt beschouwd. Moeilijker wordt het wanneer het instemmen met deelname aan onderzoek een weigering van behandeling (zie punt 6) betreft. Men kan stellen dat deelname aan onderzoek doorgaans geen onmiddellijke voordelen heeft voor de patiënt; de patiënt dient voornamelijk de belangen van anderen, en dus kan men stellen dat hij het best volledig begrijpt waartoe hij zich verbindt als hij instemt met deelname. Op grond van deze elementen kan men stellen dat de standaard voor competentie hoger zou moeten zijn voor deelname aan onderzoek. Een bijkomend argument voor strengere criteria voor deelname aan onderzoek is dat de onderzoeksleider de belangen van de deelnemende patiënt mogelijk minder beschermt dan zijn/haar zorgverlener in het kader van de behandeling. Anderzijds is het zo dat strenge standaarden voor deelname aan onderzoek impliceren dat sommige patiënten die mogelijk wel zouden varen bij het onderzoek, hiervan uitgesloten worden. Zelfs als deelname hun welzijn in termen van behandeling niet zou bevorderen, wordt hen de mogelijkheid ontnomen om zich goed te voelen door het stellen van een altruïstische daad. Als een patiënt wil deelnemen aan onderzoek en dit niet wordt toegestaan, beperkt dit uiteraard zijn autonomie.

12. Conclusie

Patiënten kunnen maar op valide wijze toestemming geven voor behandeling of deelname aan onderzoek wanneer zij wilsbekwaam zijn. De meest gangbare benadering van wilsbekwaamheid, de cognitieve benadering, vereist dat patiënten de relevante informatie kunnen begrijpen, ermee kunnen redeneren, ze kunnen toepassen op hun persoonlijke situatie en een keuze kunnen communiceren. Wanneer mensen lijden aan een psychische aandoening zoals schizofrene psychose worden heel wat mentale functies aangetast, en is het niet langer vanzelfsprekend is dat het vermogen tot besluitvorming volledig intact is. Binnen de Belgische wetgeving wordt wilsbekwaamheid wel voorondersteld totdat het tegendeel bewezen is. Hoewel schizofrene patiënten minder goed presteren dan controlepersonen in verschillende aspecten van het besluitvormingsproces, blijkt een groot deel van de schizofrene patiënten in staat om een geïnformeerde toestemming te geven. Het blijkt bovendien mogelijk patiënten die niet in

staat zijn om geïnformeerde toestemming te geven, te remediëren via aangepaste educatieve programma's.

The work of the Belgian Discussion Board on AntiPsychotic Treatment is performed in scientific collaboration with the Janssen Academy.

Referenties

- Amador X, Strauss D, Yale S, Flaum M, Endicott J, Gorman J. Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry* 1993;150:873-9.
- Appelbaum P. Ought we to require emotional capacity as part of decisional competence? *Kennedy Instit. Ethics* 1999;8(4):337-87.
- Appelbaum P. Assessment of patients competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine* 2007;357:1834-40.
- Appelbaum P, Roth L. Competency to consent to research: A psychiatric overview. *Archives of General Psychiatry* 1982;39:951-8.
- Beck J. Determining competency to consent to neuroleptic drug treatment. *Hospital and community psychiatry* 1988;39:1106-8.
- Berghmans R, Dickerson D, Ter meulen R. (2004). Mental capacity: In search of alternative perspectives. *Health Care Analysis* 2004;12:251-63.
- Berghmans R, Widdershoven G. Ethical perspectives on decision-making capacity and consent for treatment and research. *Med Law* 2003;22391-400.
- Buchanan A, Brock D. Deciding for others: The ethics of surrogate decision making. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.
- Carpenter W. The challenge to psychiatry as society's agent for mental illness treatment and research. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1307-10.
- Carpenter W, Bartko J, Carpenter C, Strauss J. Another view of schizophrenia subtypes: A report from the international pilot study of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1976;33:508-16.
- Carpenter W, Gold J, Lahti A, Queern A, Conley R, Bartko J, Kovnick J, Appelbaum P. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry* 2000;57:533-8.
- Charland L. Is Mr. Spock mentally competent? Competence to consent and emotion. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 1998;5:68-81.
- Charland L. Anorexia and the MacCat-T Test for mental competence: validity, value and emotion. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2006;13:283-7.
- Dunn L, Nowrangi M, Palmer B, Jeste D, Saks E. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of

- instruments. *American Journal of Psychiatry* 2006;163:1323-34.
- Grisoo T, Apperbaum P. The MacArthur treatment competence study. III. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law and Human Behavior* 1995;19:149-74.
- Grisso T, Appelbaum P. MacArthur Competence assessment tool for treatment (MacCat-T). Sarasota, Florida: Professional Resources Press; 1998.
- Grisso T, Appelbaum P, Hill-Fotouhi C. The MacCat-T: a clinical tool to assess patients' capacity to make treatment decisions. *Psychiatric Services* 1997;48:1415-9.
- Grisso T, Appelbaum P, Mulvey E, Fletcher K. The MacArthur treatment competence study. II. Measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law and Human Behavior* 1995;19:127-148.
- Grisso T, Appelbaum P. Abilities of patients to consent to psychiatric medication treatment. *Law and Human Behavior* 1995;19:149-74.
- Gutheil T, Appelbaum P. *Clinical handbook of psychiatry and the law*. New York: McGraw-Hill; 1982.
- Irwin M, Lovitz A, Marder S, Mintz J, Winslade W, Van Putte J, Mills M. Psychotic patients' understanding of informed consent. *American Journal of psychiatry* 1985;142:1351-4.
- Jaffe R. Problems of long-term informed consent. *Bulletin of the American academy of psychiatry and the law* 1986;14:163-169.
- Janofsky J, McCarthy R, Folstein, M. The Hopkins competency assessment test: A brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. *Hospital and Community Psychiatry* 1992;43:132-6.
- Kleinman I, Schachter D, Koritar E. Informed consent and tardive dyskinesia. *American Journal of Psychiatry* 1989;146:902-4.
- Kovnick J, Appelbaum P, Hoge S, Leadbetter R. Competence to consent to research among long-stay inpatients with chronic schizophrenia. *Psychiatric Services* 2003;54:1247-52.
- Moser D, Schultz S, Arndt S, Benjamin M, Fleming F, Brems C, Paulsen J, Appelbaum P, Andreasen N. Capacity to provide informed consent for participation in schizophrenia and HIV research. *American Journal of Psychiatry* 2002;159:1201-7.
- Palmer B, Dunn L, Appelbaum P, Mudaliar S, Thal L, Henry R, Golshan S, Jeste D. Assessment of capacity to consent to research among older persons with schizophrenia, Alzheimer disease or diabetes mellitus. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:726-33.
- Pijnenborg G, Aleman A. Ziekte-inzicht bij mensen met schizofrenie: theoretische inzichten en voorstel voor behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2010;52:825-35.
- Rosenfeld B, Turkheimer E, Gardner W. Decision making in a schizophrenic population. *Law and Human Behavior* 1992;16:651-62.
- Ruissen A, Meynen G, Widdershoven G. Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2011;53:405-14.
- Saks E, Jeste D. Capacity to consent to or refuse treatment and/or research: Theoretical considerations. *Behavioral sciences and the law* 2006;24:411-42.
- Soskis D. Schizophrenic and medical inpatients as informed drug consumers. *Archives of general psychiatry* 1978;35:645-7.
- Stanley B, Stanley M, Lautin M, Kane J, Schwartz N. Preliminary findings on psychiatric patients as research participants: a population at risk. *American Journal of Psychiatry* 1981;138:669-71.
- Stanley B, Stanley M, Peselow E, Wolkin A, Deutsch S, Platt L, Speicher J, Golash L, Kaufman M. The effects of psychotropic drugs on informed consent. *Psychopharmacology Bulletin* 1982;18:102-4.
- Stroup T, Appelbaum P, Gu H, Hays S, Swartz M, Keefe R, Kim S, Manschreck T, Boshes R, McEvoy J, Lieberman J. Longitudinal consent-related abilities among research participants with schizophrenia: results from the CATIE study. *Schizophrenia Research* 2011;130:47-52.
- Swennen F. Geestesgestoorden in het burgerlijk recht. Intersentia: Antwerpen-Groningen; 2000.
- Tan J, Hope T, Stewart A, Fitzpatrick P. Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2006;13:267-82.
- Thiels C, Curtice M. Forced treatment of anorexic patients: part 2. *Current opinions in psychiatry* 2009;22:497-500.
- van Eyk H, Ouwens M, Hondius A. MacCAT-T instrument bij de beoordeling van wilsbekwaamheid. *Journaal Ggz en recht* 3/4; 2006.
- Vollmann J, Bauer A, Danker-Hopfe H, Helmchen H. (2003). Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychological medicine* 2003;33:1463-71.
- Weisstub D. Mental competency: Final report. Toronto: Queen's printer for Ontario; 1990.
- Wirshing D, William C, Wirshing M, Marder S, Liberman R, Mintz J. Informed consent: Assessment of comprehension. *American Journal of Psychiatry* 1998;155:1508-11.

