Het beoordelen van beslissingsbekwaamheid bij patiënten in de huisartsenpraktijk

Dr. Klaas Vervisch, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, KU Leuven, ACHG

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Het beoordelen van beslissingsbekwaamheid bij patiënten in de huisartspraktijk.

ABSTRACT

Achtergrond:

Beslissingsbekwaamheid speelt een steeds grotere rol in de dagelijkse praktijkvoering van huisartsen. Wegens gebrek aan een nationale richtlijn maken zorgverleners de inschatting van beslissingsbekwaamheid naar best vermogen.

Doel:

Onderzoeken hoe Vlaamse huisartsen omgaan met het beoordelen van beslissingsbekwaamheid bij patiënten in de huisartsenpraktijk.

Methode:

Na een grondig literatuuronderzoek werd een expert inzake sociaal recht geraadpleegd. Op basis hiervan werd een enquête opgesteld en verspreid onder alle 140 actieve artsen van de huisartsenkring Schelde-Rupel. Een beschrijvend statistische analyse werd uitgevoerd.

Resultaten:

51 van de 140 artsen beantwoordden de enquête (een response ratio van 36,4%). 47 artsen beoordeelden al beslissingsbekwaamheid en dat deden ze met een gemiddelde van 3,97 keer per jaar. Het medisch korps leek het best geplaatst om te oordelen. De 47 huisartsen deden het vaakst een beroep op hun klinische expertise en buikgevoel (68,1%), maar ook de Mini-Mental State Examination (MMSE) (55,3%) was een veelgebruikte test om de beoordeling te maken. Ze beoordeelden het vaakst patiënten met dementie (85,1%), maar ook patiënten van gevorderde leeftijd zonder cognitieve stoornis (55,3%) zijn goed vertegenwoordigd. In de vijfpuntsschaal met betrekking tot de kennis over het concept beslissingsbekwaamheid zagen we duidelijke trends die we ook in de literatuur aantreffen.

Conclusie:

Ondanks het gebrek aan een nationale richtlijn en een adequate opleiding over beslissingsbekwaamheid zijn de bevraagde artsen zich bewust van kenmerken als de taakspecificiteit, de variabiliteit en het bekwaamheidsbeginsel. Ook de graduele en gevolgafhankelijke benadering en het normatieve karakter van een beoordeling van beslissingsbekwaamheid worden goed aangevoeld. Enkel artsen worden in staat geacht om een beoordeling te maken, wat aangeeft dat dit gezien wordt als een vak die opleiding vereist. Vooral bij patiënten met dementie en patiënten van gevorderde leeftijd zonder cognitieve stoornis namen artsen een beoordeling van beslissingsbekwaamheid af. Gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking lijkt meer aandacht voor dit onderwerp dan ook noodzakelijk.

Inleiding

Het belang van beslissingsbekwaamheid van patiënten in de gezondheidszorg is de laatste decennia alsmaar duidelijker geworden. Sedert de wet betreffende de rechten van de patiënt (22 augustus 2002), de wet betreffende de palliatieve zorg (14 juni 2002) en de wet betreffende de euthanasie (28 mei 2002) is het duidelijk dat de patiënt recht op informatie heeft. In deze wetten wordt ook steeds uitgegaan van een wilsbekwame of handelingsbekwame patiënt (1–3)(4). Ook medisch-ethisch gezien, is de arts verplicht het recht op informatie na te leven. Dit recht komt tot uiting in het principe van "informed consent" of de geïnformeerde toestemming. Het principe omvat drie elementen: het verschaffen van adequate informatie (recht op informatie), het vrijwillige karakter van de keuze van de patiënt en een beslissingsbekwame patiënt (5).

Handelingsbekwaamheid wordt gedefinieerd als de juridische mogelijkheid om handelingen te stellen die rechtsgevolgen teweegbrengen. Wilsbekwaamheid daarentegen is de feitelijke mogelijkheid om beslissingen te nemen die betrekking hebben op de persoon als individu. Wilsbekwaamheid is dus een feitenkwestie die van beslissing tot beslissing bepaald moet worden (6). De wil verwijst naar een vermogen van de persoon waardoor iemand van wie dit vermogen op de een of andere manier aangetast is, sneller het risico loopt om als persoon onbekwaam te worden verklaard (7). Het moet bij het beoordelen van beslissingsbekwaamheid steeds gaan om een geïndividualiseerde toetsing gericht op een specifieke beslissing (8). Daarom hanteren we in dit werk het begrip beslissingsbekwaamheid.

Ondanks het feit dat in de wetgeving steeds uitgegaan wordt van een beslissingsbekwame patiënt, staat er nergens beschreven aan welke criteria een patiënt moet voldoen om voldoende bekwaam te zijn om een bepaalde beslissingen te nemen. Dit maakt dat het oordeel aan de zorgverleners wordt overgelaten, die naar best vermogen deze inschatting maken (7,9). Bij het beoordelen hiervan moet volgens een Nederlandse richtlijn steeds uitgegaan worden van bekwaamheid en moet men bij kwetsbare ouderen en chronisch zieken een beoordeling van wilsonbekwaamheid zo lang mogelijk uitstellen door gebruik te maken van 'shared decision making' met de patiënt, zijn vertegenwoordiger en de hulpverlener (10,11).

Vaak wordt een klinisch onderzoek door een getraind arts met veel ervaring als gouden standaard gezien. De meeste artsen voldoen niet aan deze gouden standaard (12). De huisarts zou de best geplaatste persoon zijn om deze beoordeling te maken, omdat hij het best op de hoogte is van de medische voorgeschiedenis en de aanleiding tot de vraag naar beoordeling. Hij heeft ook het best zicht heeft op de waarden, normen en interesses van de patiënt en de relatie van de patiënt met zijn familie (13). Verschillende studies keken ook naar de rol van een verpleegkundige en familie in de beoordeling van beslissingsbekwaamheid (14,15). Deze studies concluderen dat familie een belangrijke bron kan zijn van info als het op waarden en normen van de patiënt aankomt.

Hoewel in wetteksten niet beschreven staat hoe een beoordeling van beslissingsbekwaamheid moet gebeuren, gaat juridisch onderzoek wel uit van een cognitief model gebaseerd op de vier criteria die naar voren komen uit de Mac Arthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T). Deze vier criteria zijn: 1) begrip van info relevant voor de toestand van de patiënt en de aanbevolen behandeling; 2) het kunnen redeneren over de potentiële risico's en voordelen van hun keuze; 3) de waardering van de aard van hun situatie en de consequenties van hun keuze en 4) het kunnen uiten van een keuze (16,17). Cognitieve testen als de Mini-Mental State Examination (MMSE) kunnen gebruikt worden als soort screening. Vooral extreme waarden kunnen beïnvloeden of iemand al dan niet beslissingsbekwaam is. Cognitie is een belangrijke factor in beslissingsbekwaamheid, maar vertelt je niets over het derde criterium van de MacCAT-T (12).

Onbekwaamheid komt vaak voor bij patiënten met leerstoornissen (68%), patiënten met de ziekte van Alzheimer (54%) en patiënten in een woonzorgcentrum (44%). Bij patiënten van gevorderde leeftijd zonder cognitieve stoornis blijkt onbekwaamheid maar in 2,8% van de gevallen voor te komen (12). Gevorderde leeftijd op zich is niet geassocieerd met beslissingsbekwaamheid. Cognitieve stoornissen zoals dementie zijn de belangrijkste voorspellende factor voor beslissingsonbekwaamheid bij ouderen (18). Ook alleenwonende patiënten hebben een grotere beslissingsbekwaamheid (14). Patiënten met dementie zijn niet per definitie beslissingsonbekwaam. In een beginstadium van de ziekte van Alzheimer is 40% van de patiënten beslissingsbekwaam (11). Noch een (psychiatrische) diagnose, noch de score op een cognitieve schaal bepaalt of iemand beslissingsonbekwaam is (19). Je mag bij het beoordelen nooit afgaan op een bepaalde diagnose die een patiënt heeft gekregen om hier beslissingsbekwaamheid uit af te leiden (16).

De literatuur is eensgezind over de kenmerken van beslissingsbekwaamheid en de beoordeling ervan (7,10,20).

Ten eerste is beslissingsbekwaamheid een positief begrip. Mensen zijn beslissingsbekwaam tot het tegendeel bewezen is, het autonomiebeginsel speelt hierbij een belangrijke rol (11). Dit bekwaamheidsbeginsel brengt met zich mee dat er geen rechtvaardiging bestaat voor een systematische benadering van het beoordelen van beslissingsbekwaamheid. Het moet steeds gaan om een geïndividualiseerde toetsing, gericht op een concrete beslissing (8).

Dit brengt ons bij het tweede kenmerk, de taakspecificiteit. Beslissingsbekwaamheid staat steeds in relatie tot een specifieke beslissing op een specifiek moment en steeds binnen een specifieke zorgcontext (18). Aannemen dat zodra een patiënt onbekwaam is om een bepaalde beslissing te nemen, hij dat ook is voor alle beslissingen, is een belangrijke valkuil. Hieraan moet aandacht besteed worden tijdens de opleiding van artsen over beslissingsbekwaamheid. Wettelijke bekwaamheid is niet hetzelfde als medische beslissingsbekwaamheid (19). Iemand onder bewindvoering kan medisch beslissingsbekwaam beoordeeld worden (16).

Kenmerk drie is de variabiliteit. Je moet je er als arts van bewust zijn dat beslissingsbekwaamheid kan wijzigen in tijd en per situatie (7,16). Dit impliceert dat een evaluatie ervan steeds moet kaderen binnen een specifieke zorgcontext en binnen een bepaalde beslissing die gemaakt moet worden (12).

Ten vierde is de beoordeling van beslissingsbekwaamheid gradueel. Beslissingsbekwaamheid kan benaderd worden volgens een gradueel model of een drempelmodel. Het drempelmodel is tweeledig: boven de drempel ben je volledig bekwaam, eronder onbekwaam. Hier is echter geen ruimte voor ambiguïteit en genuanceerde visie waardoor het drempelmodel in de praktijk moeilijk haalbaar is. In het graduele model is meer ruimte voor overleg en worden het autonomiebeginsel en de taakspecificiteit recht aangedaan (20).

Het normatieve karakter van de beoordeling is het vijfde kenmerk. In de praktijk worden namelijk heel wat beslissingen genomen op basis van emotionele factoren en waarden en normen. (10,20).

Dat artsen hogere criteria hanteren als ze beslissingsbekwaamheid moeten beoordelen bij een medische beslissing met grotere risico's, is het laatste kenmerk (12). Deze gevolgafhankelijke benadering vergroot de kans op mogelijke attributiefouten (10). Op die manier wordt beslissingsbekwaamheid vanuit het perspectief van de arts een zeer manipuleerbaar begrip, dat enkel in vraag gesteld wordt als de patiënt een beslissing neemt die afwijkt van de mening van de arts (20). De aandacht van de arts mag niet gaan naar de uiteindelijke beslissing van de patiënt, maar de manier waarop de patiënt tot deze beslissing komt, moet op de voorgrond staan (19). Een beoordeling van beslissingsbekwaamheid dient zich te richten op het besluitvormingsproces en niet op de uitkomst daarvan (8).

Met deze studie willen we onderzoeken hoe Vlaamse huisartsen omgaan met het beoordelen van beslissingsbekwaamheid bij patiënten in de huisartsenpraktijk. Meer specifiek kijken we na hoe Vlaamse huisartsen denken over het concept beslissingsbekwaamheid, hoe ze momenteel te werk gaan om beslissingsbekwaamheid in te schatten, welke hulpmiddelen ze hiervoor ter beschikking hebben en welke van deze hulpmiddelen Vlaamse huisartsen in hun dagelijkse praktijk ook werkelijk gebruiken.

Methodes

In de eerste stap van deze studie voerden we van begin maart 2018 tot eind november 2018 een grondig literatuuronderzoek over dit onderwerp uit. Op de database PubMed zochten we onder de MeshTerms 'Mental Competency' and 'Decision Making'. We selecteerden de 2455 zoekresultaten eerst op basis van titel en abstract. De overgebleven artikels bestudeerden we grondig en we selecteerden die artikels die het best beantwoorden aan onze onderzoeksvraag en die het meest betrekking hadden op de Vlaamse zorgcontext. Ook zochten we ruimer in bronnen, zoals het staatsblad, notaris.be, ordomedic.be etc. en raadpleegden we Nederlandstalige vakbladen.
In een tweede stap deden we een beroep op de opinie van een expert inzake sociaal recht om de literatuur te toetsen aan het juridische systeem in België. Professor familierecht aan de KU Leuven Johan Put verwees ons door naar Tim Opgenhaffen. Tim Opgenhaffen is Master in de Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschappen en Master in de Rechten. Hij werkt nu als doctoraatsbursaal aan het Instituut voor Sociaal Recht, waar hij een empirische en zorgethische evaluatie maakt van de regelgeving over vrijheidsbeperking in de residentiële zorg in Vlaanderen (bijlage 3).
De derde stap in de studie was het opstellen en het verspreiden van een enquête (bijlage 4). Van begin februari 2019 tot en met 17 maart 2019 (6 weken) werden alle 140 actieve huisartsen aangesloten bij de huisartsenkring Schelde-Rupel vzw, online bevraagd. Een beschrijvend statistische analyse werd uitgevoerd.
Op 9 oktober 2018 verleende de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven een definitief gunstig advies (bijlage 2).

Resultaten

51 van de 140 bevraagde artsen, 27 mannen en 24 vrouwen, beantwoordden de enquête. Dit geeft ons een response ratio van 36,4%. Alle leeftijden waren vertegenwoordigd (figuur 1). 25 artsen werkten in een solopraktijk, 14 in een praktijk met drie of meer artsen, 10 in een duopraktijk, 1 arts werkte in een multidisciplinaire groepspraktijk en 1 in een wijkgezondheidscentrum.

47 artsen beoordeelden al eens beslissingsbekwaamheid, ze deden dat met een gemiddelde van 3,97 keer per jaar (figuur 2). 4 artsen hadden nog nooit beslissingsbekwaamheid beoordeeld en konden bijgevolg geen uitspraken doen over hun beoordeling. Wel vulden ze de vijfpuntsschaal in.

Vooral een psychiater, een geriater en een neuroloog zouden ook over de beslissingsbekwaamheid kunnen oordelen. Andere zoals een vrederechter, een verpleegkundige, een maatschappelijk werker, een familielid of een advocaat werden minder gekozen als mogelijke beoordelaar (figuur 3).

32 van de 47 artsen gaven aan de beoordeling gemaakt te hebben op basis van hun klinische expertise en hun buikgevoel bij de casus. 26 artsen gebruikten ook de Mini-Mental State Examination (MMSE) om te oordelen en 14 artsen maakten de beoordeling nadat ze een semigestructureerd interview met de patiënt in kwestie afnamen. Niemand koos ervoor een tool te gebruiken. 8 artsen deden het op een nog andere manier.

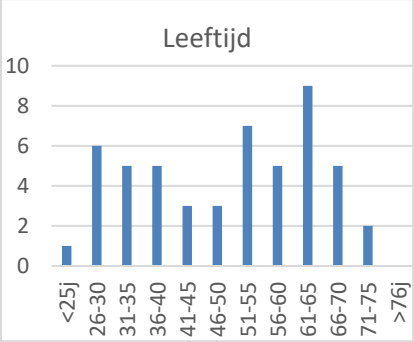
40 van de 47 artsen gaven aan een beoordeling van beslissingsbekwaamheid gemaakt te hebben bij patiënten met dementie. 26 artsen deden dit ook al bij patiënten van gevorderde leeftijd zonder cognitieve stoornis. Andere patiëntengroepen werden ook gekozen: bij 11 patiënten met een psychose, bij 5 met een delier en bij 4 met een depressie.

37 van de 47 artsen gaven aan dat familie vragende partij was in één van de casussen. Bij 12 artsen was de notaris, bij 11 artsen de vrederechter en bij 7 artsen de vrederechter de vragende partij om een beoordeling van beslissingsbekwaamheid af te nemen. (figuur 6)

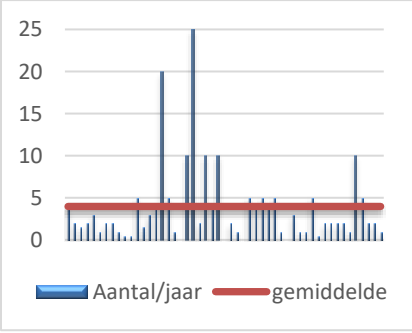
Hoe de 51 huisartsen denken over het concept beslissingsbekwaamheid werd bevraagd aan de hand van zes stellingen die elk op zich peilen naar een kenmerk van beslissingsbekwaamheid en de evaluatie ervan. (figuur 7)

Via dezelfde vijfpuntsschaal bevroegen we alle 51 artsen wat de invloed zou zijn van een adequate educatie over het onderwerp waarover een beslissing genomen moet worden. We stelden dat educatie van de patiënt geen invloed heeft op de beoordeling van beslissingsbekwaamheid en dat beslissingsbekwaamheid met andere woorden een statisch gegeven is. Hierover zagen we uiteenlopende meningen: eerder waar (18), eerder onwaar (13), neutraal (11), waar (6) en onwaar (3).

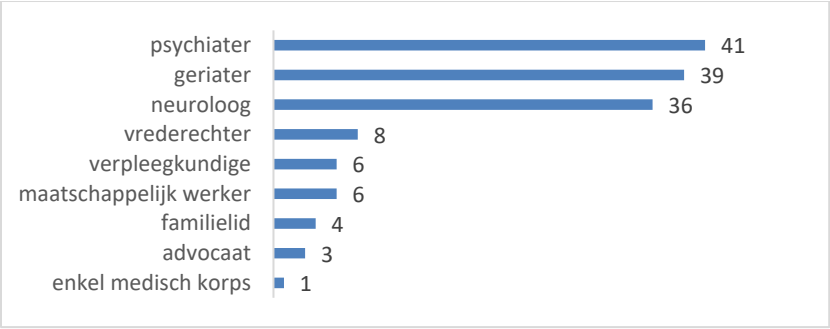
Aan het slot van de enquête bevroegen we ook hoe de respondenten de vaardigheid om beslissingsbekwaamheid te beoordelen, aangeleerd kregen. Zelfstudie (27) was het meest gekozen antwoord. Tijdens de algemene opleiding (20), via externe opleiding (12) en uit artikels in vakbladen (9) waren andere keuzemogelijkheden. De vraag naar het nut van een eventuele opleiding over het beoordelen van beslissingsbekwaamheid werd door 45 artsen positief beantwoord. Over de manier waarop ze die het liefst zouden krijgen, verschilden de meningen: een geaccrediteerde lezing van de huisartsenkring (36), een externe opleiding of bijscholing (27), via e-learning (22), tijdens de algemene opleiding (16).



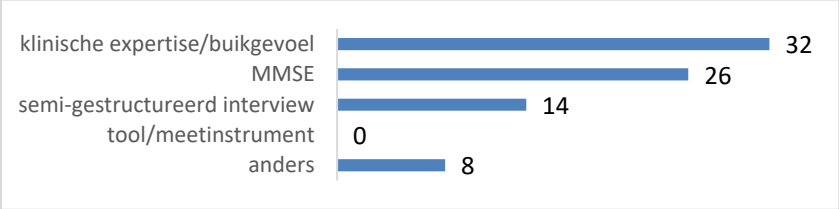
Figuur 1. Demografische gegevens respondenten. Aantal artsen volgens leeftijd.



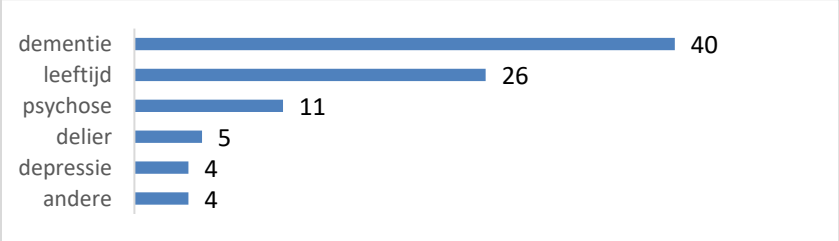
Figuur 2. Aantal beoordelingen per jaar volgens het individuele antwoord per respondent.



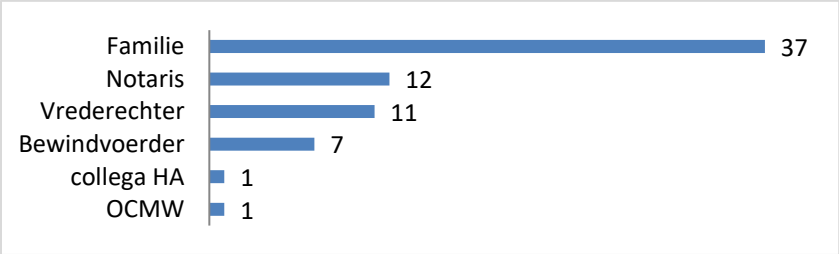
Figuur 3. Wie zou de beoordeling van beslissingsbekwaamheid ook kunnen doen?



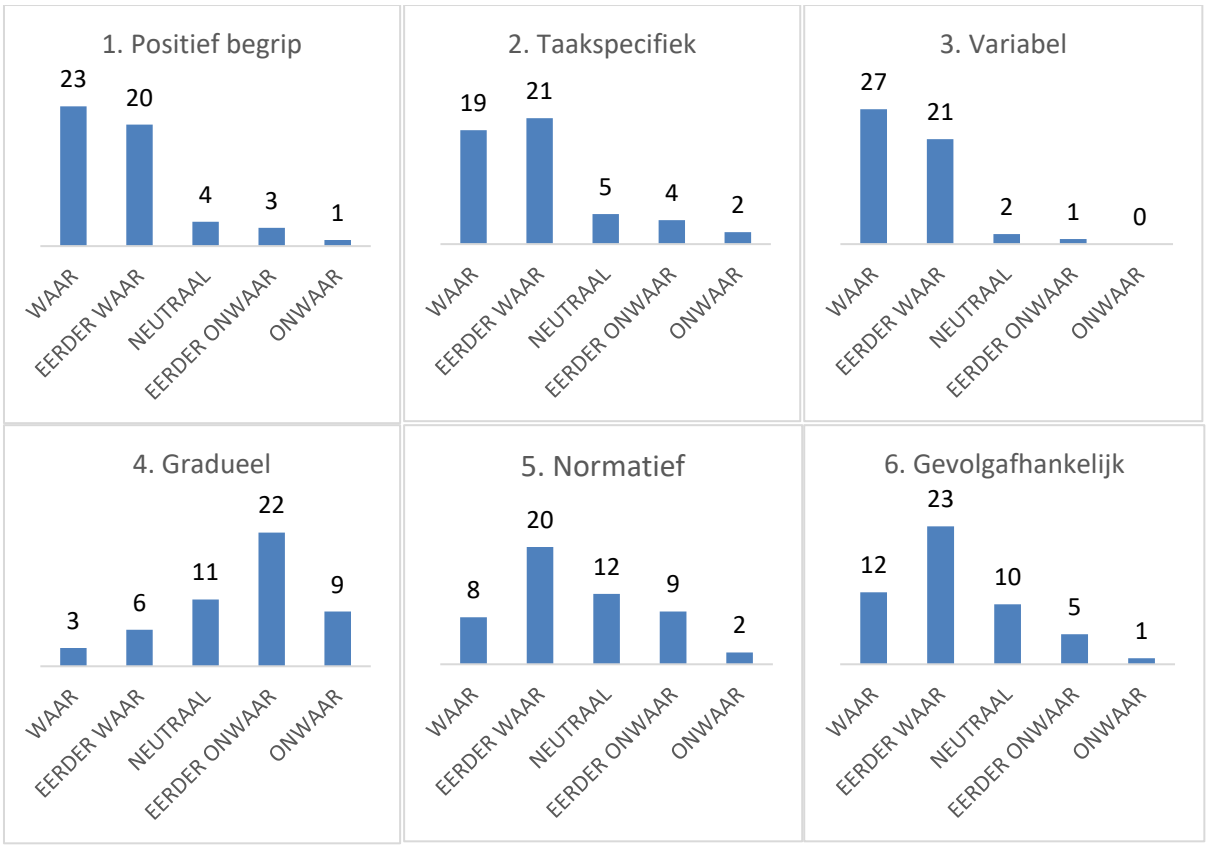
Figuur 4. Hoe bent u te werk gegaan bij het beoordelen van beslissingsbekwaamheid?



Figuur 5. Bij welke patiëntengroep moest u al eens beslissingsbekwaamheid beoordelen?



Figuur 6. Wie was vragende partij?



Figuur7. Concept beslissingsbekwaamheid. Stellingen met mening o.b.v. vijfpuntsschaal.

1. **Positief begrip. Iemand is beslissingsbekwaam tot het tegendeel aangetoond is.**
2. **Taakspecifiek. Beslissingsbekwaamheid is in regel een (taak)specifiek begrip. Een patiënt kan beslissingsbekwaam zijn voor de ene taak en niet voor de andere.**
3. **Variabel. De beslissingsbekwaamheid van een patiënt kan veranderen in tijd en per situatie.**
4. **Gradueel. Iemand is beslissingsbekwaam of is dat niet, er is geen tussenweg.**
5. **Normatief. Beslissingsbekwaamheid is gekleurd door het mensbeeld van de patiënt en de zorgverlener en hun relatie met elkaar.**
6. **Gevolgafhankelijk. Het inschatten van beslissingsbekwaamheid is gevolgafhankelijk. De lat ligt hoger als de gevolgen ernstiger zijn.**

Discussie

Met deze studie wilden we onderzoeken hoe Vlaamse huisartsen omgaan met het beoordelen van beslissingsbekwaamheid bij patiënten in de huisartsenpraktijk. Deze resultaten tonen aan dat de bevraagde huisartsen vooral artsen in staat achten om beslissingsbekwaamheid te beoordelen. Ze beoordeelden beslissingsbekwaamheid vooral op basis van hun klinische expertise en buikgevoel, maar ook de MMSE is een veelgebruikt instrument. De beoordeling werd vooral afgenomen bij patiënten met dementie en patiënten van gevorderde leeftijd zonder cognitieve stoornis. Vooral de familie was vragende partij in de casussen. We zien ook dat de bevraagde huisartsen het eens zijn over de eerste drie kenmerken van beslissingsbekwaamheid. De bevraagde artsen vinden beslissingsbekwaamheid een positief, taakspecifiek en variabel begrip. Bij de andere drie kenmerken over de beoordeling van beslissingsbekwaamheid zien we duidelijke trends. De bevraagde huisartsen zien de beoordeling van beslissingsbekwaamheid als een veeleer gradueel model dat gekleurd is door het mensbeeld van de patiënt en de zorgverlener. Ook denken ze dat het inschatten van beslissingsbekwaamheid gevolgafhankelijk is.

Dat vooral artsen aangeduid worden om beslissingsbekwaamheid te beoordelen, vinden we ook in de literatuur terug. Elk erkend arts kan beslissingsbekwaamheid beoordelen (12). De huisarts zou zelfs de best geplaatste persoon zijn om deze beoordeling te maken (13). Als de arts-patiëntrelatie hierdoor echter onder druk dreigt te komen, moet hiervoor naar een collega verwezen worden (21). De literatuur benadrukt echter ook de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak waarbij een verpleegkundige een arts kan ondersteunen en de familie inzicht kan geven in de morele waarden en normen en de verwachtingen van de patiënt (14,15).
Dat artsen momenteel de beoordeling van beslissingsbekwaamheid maken op basis van hun klinische ervaring en hun informatie over de patiënt, blijkt ook uit de literatuur (9,15). Dat de MMSE een veelgebruikt instrument is bij beslissingsbekwaamheid beoordelen, blijkt uit de resultaten. Een studie die nakeek hoe bruikbaar een cognitieve test als de MMSE is om beslissingsbekwaamheid te beoordelen, toonde aan dat vooral extreme waarden (<20 of >24) de waarschijnlijkheid tot beslissings(on)bekwaamheid verhoogde (12). Deze studie waarschuwde ook dat ondanks dat cognitie het belangrijkste criterium voor beslissingsbekwaamheid is, het niet het enige criterium is.
Tools zoals de MacCAT-T worden niet gebruikt door de bevraagde artsen. Tools zijn er niet om op zichzelf beslissingsbekwaamheid te beoordelen, maar zijn ontworpen als hulp in dit beoordelingsproces (22). In België ontwikkelde A. Liégois een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. Dit model bestaat uit tien criteria die elk afzonderlijk gescoord moeten worden om die nadien in trialoog tussen alle betrokken partners in de zorg, de zorgvrager, de naastbetrokkenen en de zorgverleners, te evalueren (7).
Patiënten met dementie, maar ook patiënten van gevorderde leeftijd zonder cognitieve stoornis worden vaak aangeduid als patiëntengroepen waar al eens beslissingsbekwaamheid beoordeeld moest worden. Een studie naar het effect van leeftijd op beslissingsbekwaamheid toonde aan dat gevorderde leeftijd alleen niet geassocieerd was met een verminderde medische beslissingsbekwaamheid (18). Wel bleken cognitieve stoornissen, zoals dementie, de sterkste associatie te hebben met een verminderde beslissingsbekwaamheid. Je mag echter nooit afgaan op een diagnose om er beslissingsbekwaamheid uit af te leiden (16).
In de vijfpuntsschaal over het concept beslissingsbekwaamheid zien we over de eerste drie kenmerken van beslissingsbekwaamheid zowel in de literatuur als bij de bevraagde artsen een duidelijke consensus. Het bekwaamheidsbeginsel of het feit dat beslissingsbekwaamheid een positief begrip is, vormt een krachtig middel om paternalisme te vermijden en de autonomie van de patiënt te respecteren (7). De taakspecificiteit herinnert ons eraan dat een evaluatie van beslissingsbekwaamheid steeds in relatie staat tot een specifieke beslissing op een specifiek moment en steeds binnen een specifieke zorgcontext (18). De variabiliteit maakt er dan weer attent op dat beslissingsbekwaamheid niet constant is, maar wel veranderlijk in tijd en per situatie (7). Over het vierde kenmerk zien we meer twijfel, maar er blijkt wel een duidelijke trend te zijn in de richting van een gradueel beslismodel. Ook bij de stellingen over het normatief karakter en de gevolgafhankelijke benadering van de beoordeling zien we een trend naar eerder waar. Er lijkt in de literatuur een overeenkomst over te bestaan dat er een zekere flexibiliteit nodig is om drempels te bepalen en dat deze drempels moeten afhangen van het type beslissing dat genomen moet worden (22). We moeten ons er wel van bewust zijn dat dergelijke graduele en gevolgafhankelijke benadering de kans op mogelijke attributiefouten vergroot (10). Een patiënt die een aanbevolen behandeling weigert, is niet automatisch beslissingsonbekwaam en omgekeerd, dezelfde patiënt die instemt met deze behandeling, is niet automatisch beslissingsbekwaam.

De bevraagde artsen zijn verdeeld over de invloed van adequate educatie over het onderwerp waarover een beslissing genomen moet worden. De literatuur maakt ons er echter op attent dat artsen zich ervan moeten vergewissen adequate informatie gegeven te hebben vooraleer over te

gaan tot het beoordelen van beslissingsbekwaamheid (19). Als een patiënt beslissingsonbekwaam beoordeeld wordt, moet de arts een vertegenwoordiger zoeken die een informed consent kan geven voor de patiënt in kwestie. Bij dit beslissingsproces moet de patiënt wel zo veel mogelijk betrokken worden (1,16). Het ontbreken van toestemmingsrecht of beslissingsbekwaamheid heft het informatierecht niet op (23).

Deze studie is de eerste studie naar het beoordelen van beslissingsbekwaamheid door Vlaamse huisartsen. Dit maakt dan ook dat het een pilootstudie kan zijn voor verder onderzoek over dit thema. Het gebrek aan literatuur die betrekking heeft op de Vlaamse zorgcontext en de veeleer beperkte steekproef, maakt dat we de resultaten van deze studie niet kunnen veralgemenen.

Zowel internationaal als nationaal komt er een debat op gang over de noodzaak van vaste criteria voor het beoordelen van beslissingsbekwaamheid om zo artsen beter te ondersteunen en de onderlinge verschillen tussen artsen te verkleinen (9,16). Dit debat kan een aanleiding zijn tot het opstellen van een nationale richtlijn voor huisartsen, naar analogie met de Nederlandse handreiking (10).

Conclusie

Ondanks het gebrek aan een nationale richtlijn inzake het beoordelen van beslissingsbekwaamheid bij patiënten in de huisartsenpraktijk en een adequate opleiding over dit onderwerp, zien we dat de bevraagde huisartsen het concept beslissingsbekwaamheid goed aanvoelen. De bevraagde huisartsen schatten beslissingsbekwaamheid vooral in op basis van hun buikgevoel en klinische expertise. Ze zijn zich bewust van kenmerken als de taakspecificiteit, de variabiliteit en het bekwaamheidsbeginsel. Ook de graduele en gevolgafhankelijke benadering en het normatieve karakter van een beoordeling van beslissingsbekwaamheid worden goed aangevoeld. Enkel artsen worden in staat geacht om een beoordeling te maken. Hieruit concluderen we dat het beoordelen van beslissingsbekwaamheid gezien wordt als een vak en een beoordelaar hiervoor een zekere opleiding genoten moet hebben. Een leek wordt daartoe niet in staat geacht. De beoordeling gebeurt het meest bij patiënten met dementie en patiënten van gevorderde leeftijd zonder cognitieve stoornis. Met de vergrijzing van de bevolking neemt ook deze patiëntenpopulatie zienderogen toe, waarmee het belang van een gestandaardiseerde aanpak voor het beoordelen van beslissingsbekwaamheid onderstreept kan worden.

Literatuur

1. Sociale zaken. Volksgezondheid en Leefmilieu. Wet Betreffende de rechten van de patiënt [Internet]. 2002 [cited 2019 Mar 16]. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet

2. Sociale zaken. Volksgezondheid en Leefmilieu. Wet betreffende de palliatieve zorg [Internet]. 2002 [cited 2019 Mar 16]. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002061446&table_name=wet

3. Justitie. Wet betreffende de euthanasie [Internet]. 2002 [cited 2019 Mar 16]. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2002052837

4. Cordemans M. Beslissingsbekwaamheid bij personen met dementie. Medi-Sfeer. 2018;609(november 29):20–2.

5. Nationale Raad Orde Der Artsen. Europese handleiding voor Medische ethiek [Internet]. 1987 [cited 2019 Mar 16]. p. Artikel 4, Informed Consent. Available from: https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/europese-handleiding-voor-medische-ethiek

6. Goffin T. Handelingsbekwaamheid Wilsbekwaamheid, enkele begrippen en deontologische aspecten van de voorafgaande wilsverklaring. Pentalfa. 2015;1–4.

7. Liégois A. Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. Tijdschr Psychiatr. 2018;60:29–36.

8. Legemaate J. De rechtspositie van wilsonbekwame patiënten : stand van zaken. Tijdschr voor Gezondheidsr - BJu Tijdschr. 1994;6.

9. KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg). Studie 2018-11 (HSR) Evaluatiecriteria rond wilsonbekwaamheid [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 16]. Available from: https://kce.fgov.be/nl/studie-2018-11-hsr-evaluatiecriteria-rond-wilsonbekwaamheid

10. NVVA beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters. Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid. 2008. 24 p.

11. Wanrooij B, in't Veld K, van Venrooij M, van Heest F. Wilsbekwaamheid. In: Palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk. Editie2017 ed. NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap); 2017. p. 99–105.

12. Sessums LL, Zembrzuska H, Jackson JL. Does This Patient Have Medical Decision-Making Capacity ? JAMA. 2017;306(4).

13. Tunzi M. Can the patient decide? Evaluating patient capacity in practice. Am Fam Physician. 2001;64(2):299–306.

14. Er RA, Sehiralti M. Comparing assessments of the decision-making competencies of psychiatric inpatients as provided by physicians, nurses, relatives and an assessment tool. J Med Ethics. 2014;40(7):453–7.

15. Vellinga A, Smit JH, Leeuwen E Van, Tilburg W Van, Jonker C. Competence to consent to treatment of geriatric patients : judgements of physicians , family members and the vignette method. Int J Geriatr Psychiatry. 2004;19(March):645–54.

16. Vervisch K, Opgenhaffen T. Telefonisch gesprek over beslissingsbekwaamheid. 2018.

17. Grisso T., Appelbaum S. H-FC. The MacCAT-T: A Clinical Tool to Assess Patients' Capacities to Make Treatment Decisions. Psychiatr Serv. 1997;48/11:1415–9.

18. Boettger S, Bergman M, Jenewein J, Boettger S. Advanced age and decisional capacity: The effect of age on the ability to make health care decisions. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2016;66:211–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.011

19. Ganzini L, Volicer L, Nelson W, Derse A. Pitfalls in Assessment of Decision-Making Capacity. Psychosomatics [Internet]. 2003;44(3):237–43. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003331820370293X

20. Haekens A. Beslissingsbekwaamheid in de gerontopsychiatrische context. KU Leuven: University Press; 1998.

21. Nationale Raad Orde Der Artsen. Wilsbekwaamheid van de patiënt - Attest. TNR, Tijdschr Natl Raad. 2018;160.

22. Dunn LB, Nowrangi MA, Be M, Palmer BW, Ph D, Jeste D V, et al. Assessing Decisional Capacity for Clinical Research or Treatment: A review of Instruments. Am J Psychiatry [Internet]. 2006;163/8:1323–34. Available from: papers2://publication/uuid/D7159716-EBD9-443D-A755-1E5D294F4346

23. Nationale Raad Orde Der Artsen. Informeren van de patiënt over zijn gezondheidstoestand en de verstrekte zorg. TNR, Tijdschr Natl Raad. 2017;157.

Bijlage 1: aanvraag ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Beslisbekwaamheid beoordelen als huisarts
Version 1: Date submission	Date:27/02/2018
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:18/09/2018
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Prof. Jan De Lepeleire
	Telephone: 0475/61 76 83
	E-mail: jan.delepeleire@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES** □ ~~NO~~ □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: /
	Telephone:/
	E-mail:/
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name:Klaas Vervisch
	Student number: r0236169
	Telephone: 0497/65 47 85
	E-mail: klaas.vervisch@hotmail.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Beslisbekwaamheid inschatten van personen met cognitieve problemen is een moeilijk probleem dat evenwel meer en meer belangrijk wordt onder andere omdat andere professionelen (maatschappelijk werk, bankdirectie, advocaat, notaris, directie woonzorgcentra etc.) hiervoor op artsen een beroep doen. Bovendien zijn er meer en meer klinische situaties waarin de arts zelf ook een oordeel moet kunnen maken.
Het KCE heeft een studie gepland 2018-11 (HSR) over ‘evaluatiecriteria voor Wilsbekwaamheid’.

3. STUDY OBJECTIVES

De studie wil onderzoeken hoe huisartsen omgaan met het beoordelen van beslisbekwaamheid bij patiënten in de huisartsenpraktijk?

De onderzoeksvragen zijn:

- Hoe denken Vlaamse huisartsen over het concept 'wilsbekwaamheid'?
- Hoe gaan Vlaamse huisartsen op dit ogenblik te werk als ze wilsbekwaamheid moeten inschatten?
- Welke hulpmiddelen (tools, instrumenten, vragenlijsten etc.) hebben Vlaamse huisartsen ter beschikking?
- Welke hulpmiddelen (tools, instrumenten vragenlijsten etc.) gebruiken Vlaamse huisartsen in hun dagelijkse praktijk?

4. RESEARCH METHOD

De eerste stap is een grondig **literatuuronderzoek** over het onderwerp. Er zal via de database PubMed gezocht worden op de MeshTerms 'Mental Competency' and 'Decision Making'. Daarnaast zal ook ruimer gezocht worden in onder andere het staatsblad en notaris.be met de termen 'beslisbekwaamheid', 'wilsbekwaamheid' en 'wilsonbekwaamheid'.

Bijkomend wordt in een tweede stap de **opinies van experten** geëxploreerd. Op dit ogenblik denken we aan prof. Joris Vandenberghe, staflid psychiatrie aan de UZ Leuven en prof. Johan Put van familierecht KU Leuven, uit te breiden met experts die in de loop van het proces zouden naar voor komen..

In een derde stap wordt een **enquête opgesteld** en verspreid. Demografische gegevens als leeftijd, geslacht en praktijkvorm zullen bevraagd worden.

In een vierde stap worden alle 140 actieve huisartsen aangesloten bij de huisartsenkring Schelde-Rupel vzw **bevraagd** (online of schriftelijk) met de ontwikkelde enquête.
Beschrijvende en verklarende statistiek zal worden toegepast.
Demografische gegevens van responders en non-responders zullen met elkaar vergeleken worden.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Alle 140 artsen aangesloten bij de huisartsenkring Schelde-Rupel vzw zullen gevraagd worden om de enquête in te vullen.

5.2 Expected duration

Het onderzoek inclusief rapportage moet afgerond zijn mei 2019.

5.3 Recruitment

De kringcoördinator (Esther Van den Bossche) zal onder toezicht van de voorzitter van de huisartsenkring (dr. Jan Tersago) een lijst opstellen van alle artsen die gerekruteerd zullen worden. Die lijst zal hierna versleuteld worden zodanig dat de onderzoekers enkel volgnummers kunnen linken aan enkele demografische gegevens zoals leeftijd, geslacht en praktijkvorm. De artsen aangesloten bij de Huisartsenkring Schelde-Rupel vzw zullen in oktober-november 2018 een mail krijgen van de kringcoördinator met een link naar de elektronische enquête. Na de periode waarin enquêtes afgenomen werden, krijgen de onderzoekers van de kringcoördinator de resultaten van de enquête waarbij de resultaten gelinkt zijn aan de volgnummers. Op die manier verloopt de rekrutering en bijgevolg de analyse van de resultaten volstrekt anoniem. De sleutel van de lijst zal bewaard worden bij de voorzitter van de huisartsenkring.

6. ANALYSIS

Na de periode van enquête volgt een beschrijvende en verklarende statistische analyse.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Alle data zullen tijdens het project met vertrouwelijkheid behandeld worden. Alle antwoorden verkregen via de enquête zijn voor de onderzoekers versleuteld en anoniem, dankzij de versleuteling die hierboven beschreven werd, en zullen ook zo verwerkt worden. Ook mogelijke vrije antwoorden zullen steeds anoniem verwerkt worden. Na het afronden van de data-analyse zullen alle oorspronkelijke enquêteformulieren vernietigd worden. De data op zich zal na afloop van het onderzoek aan de promotor bezorgd worden die verder zal instaan voor de veilige bewaring ervan.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*

- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Geen risico's voor de bevraagden.

9. APPROVAL

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

Hieronder en als bijlage 2 vindt u een schriftelijke toelating van de voorzitter van de huisartsenkring Schelde-Rupel.

HUISARTSENKRING
SCHELDE - RUPEL
VZW

14/08/2018

Betreft: de schriftelijke toelating voor dr. Klaas Vervisch voor het afnemen van een bevraging bij de huisartsen in het kader van zijn masterproef.

Geachte,

Met dit schrijven bevestig ik, dr. Jan Tersago, voorzitter van de Huisartsenkring Schelde-Rupel vzw, dat dr. Kaals Vervisch toelating krijgt om een enquête af te nemen bij de huisartsen van de Huisartsenkring Schelde-Rupel vzw in kader van zijn Masterproef "Beslisbekwaamheid".

Met Vriendelijke groet,

Dr. Jan Tersago
Voorzitter
Huisartsenkring Schelde-Rupel vzw
Rijksweg 8 b
2870 Puurs

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

1. Haekens A. *Beslissingsbekwaamheid in de gerontopsychiatrische contex*. Leuven: University Press; 1998
2. A. Liégeois. *Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie*. Tijdschrift voor psychiatrie60(2018)1, 29-36

3. NVVA, beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters. *Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid*. ISBN 978 90 74785 04 4 © NVVA - 2008

13. ANNEXES

Bijlage 2: Definitief gunstig advies ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP004669
Uw kenmerk: Masterproef studie: Beslisbekwaamheid
Leuven, 09-10-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jan De Lepeleire
Geachte Klaas Vervisch

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 09-10-2018

De Commissie heeft een aantal kleine opmerkingen bij de aanvraag alvorens de studie kan worden uitgevoerd. In de informatiebrief zou vermeld moeten worden dat het terugsturen of online invullen beschouwd wordt als een informed consent. Er staat nog een

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 20-09-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuven

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Bijlage 3: Telefonisch gesprek met Tim Opgenhaffen 12/12/2018 17:15-17:35

Dit bestand kwam tot stand na een telefonisch gesprek over het onderwerp beslissingsbekwaamheid. Het heeft als doel om inzicht te krijgen in wettelijke/juridische kader rond het beoordelen van wilsbekwaamheid/beslissingsbekwaamheid bij patiënten door artsen. Dit bestand werd nagelezen, gecorrigeerd en aangevuld waar nodig door Tim Opgenhaffen.

Tim Opgenhaffen is werkzaam aan het Instituut voor Sociaal Recht waar hij een doctoraat voorbereidt over vrijheidsbeperkingen in de residentiële zorg. Hierin evalueert hij het recht inzake vrijheidsbeperkingen aan een rechtspositionele en mensenrechtelijke benadering. Daarenboven is hij gespecialiseerd in de invloed van artikel 12 van het VN Gehandicaptenverdrag op het recht inzake wilsbekwaamheid.

Juridisch vind je over wilsbekwaamheid het meeste terug in de wet op de patiëntenrechten art. 8 en art. 14.

Bij het beoordelen van beslissingsbekwaamheid van een patiënt met betrekking tot een klassieke medische handeling is de arts hiervoor verantwoordelijk. Zelfs als de patiënt onder bewindvoering staat en dit over een puur medische handeling gaat, mag er geen toelating aan de bewindvoerder voor gevraagd worden indien de patiënt beslissingsbekwaam is. Hoe dit beoordeeld moet worden, staat niet in wetteksten beschreven. De parlementaire voorbereiding en de rechtsleer (= juridisch onderzoek) gaat wel uit van een cognitief model gebaseerd op de vier criteria die naar voor komen uit de Mac Arthur Competence Assessment Tool (begrip, waardering, redenering en het uiten van een consistente keuze).

Als het over notariële beslissingsbekwaamheid gaat, spreken we meestal over een bekwaamheid om een vermogen te beheren. In feite is een notaris bevoegd om dit zelf te beoordelen. Bij twijfel doen notarissen hiervoor een beroep op artsen (zie ook advies orde van artsen d.d. 17 maart 2018 over attest door *eigen* arts). Als arts is het in desbetreffend geval belangrijk om te weten over welk soort beslissing het gaat. Je moet je er als arts bewust van zijn dat je beslissingsbekwaamheid beoordeelt beslissing per beslissing, dat dit heel specifiek is en dat wilsbekwaamheid kan wijzigen in de tijd. Je mag hierbij nooit afgaan op een bepaalde diagnose die een patiënt heeft gekregen om hier een beslissingsbekwaamheid uit af te leiden.

Als we het over beslissingsbekwaamheid (hier wilsbekwaamheid) hebben buiten de medische context (i.e. buiten uitoefening van de wet patiëntenrechten), dan heeft de arts een adviserende rol. Het oordeel van een arts is voor een notaris of voor een vrederechter een niet-bindend advies.

Bij medische beslissingen is een beoordeling van de beslissingsbekwaamheid wel bindend. Dit heeft tot gevolg dat als een patiënt niet beslissingsbekwaam beoordeeld wordt, de arts een vertegenwoordiger moet zoeken die dan een geïnformeerde toestemming voor de patiënt in kwestie kan geven. Bij dit beslissingsproces moet de patiënt wel zo veel als mogelijk betrokken worden (Art. 14 § 4 wet op de patiëntenrechten).

Als een niet beslissingsbekwame patiënt verzet toont tegen de gekozen behandeling moet dit wel erkend worden. *(Een zeker niveau van bewustzijn is wel vereist. Soms wordt er over wilsbekwaam verzet gesproken. Het niveau van wilsbekwaamheid voor de instemming en het verzet is niet noodzakelijk hetzelfde. Je moet het niet noodzakelijk respecteren, maar het moet je handelen wel zo veel mogelijk sturen. Al kunnen er andere belangen zijn die op dat moment zwaarder doorwegen.)*

Er komt een debat op gang over de noodzaak van vaste criteria voor het beoordelen van wilsbekwaamheid om zo artsen beter te ondersteunen en de onderlinge verschillen tussen artsen te verkleinen. Dit debat woedt ook in Nederland.

Vanuit de Verenigde Naties komt er een discussie op gang over de mate waarin de wilsbekwaamheid (als cognitieve standaard) een geoorloofd criterium is om personen de bevoegdheid te ontnemen om zelf te beslissen (i.e. of je juridische gevolgen mag koppelen aan een medische beslissing over de beslissingsbekwaamheid). De hamvraag is of bij de beoordeling van beslissingsbekwaamheid een rationeel concept als de MacCAT-tool gebruikt mag worden en of dit een mens niet discrimineert op niveau van het rationele denken. Hierover is het laatste woord nog niet gezegd...

Bijlage 4: Enquête Beslissingsbekwaamheid

Beslissingsbekwaamheid beoordelen

Beste collega,

Naar aanleiding van mijn masterproef huisartsgeneeskunde contacteer ik u met deze enquête. Beslissingsbekwaamheid beoordelen als huisarts is een complexe materie dat evenwel meer en meer belangrijk wordt omdat andere professionelen hiervoor op artsen beroep doen. Bovendien zijn er steeds meer klinische situaties waarin de arts zelf een oordeel moet kunnen maken.

In mijn masterproef ga ik op zoek naar het antwoord op de vraag: Hoe gaan huisartsen om met het beoordelen van beslissingsbekwaamheid in de huisartsenpraktijk. Aan de hand van een literatuurstudie en met deze enquête zou ik graag de literatuur aan de praktijk toetsen.

Daarom heb ik u nodig!

In februari 2019 bevraag ik alle artsen die in de huisartsenkring Schelde-Rupel actief zijn.

Ik zou u willen vragen om onderstaande enquête in te vullen. Het neemt slechts 5 minuten van uw tijd en u helpt me er enorm mee vooruit.

Alle data hieruit bekomen zullen anoniem verwerkt worden.

Alvast dank voor uw tijd!

Met collegiale groeten.

Klaas Vervisch (Huisarts-in-opleiding)
An Lamberts (praktijkopleider)
Prof. Jan De Lepeleire (promotor KU Leuven)

*Vereist

Beslissingsbekwaamheid beoordelen

Demografische gegevens

1. **Wat is uw geslacht?** * *Markeer slechts één ovaal.*

   - ◯ Vrouw
   - ◯ man

2. **Wat is uw leeftijd?** * *Markeer slechts één ovaal.*

   - ◯ 25 jaar of jonger
   - ◯ 26-30 jaar
   - ◯ 31-35
   - ◯ 36-40
   - ◯ 41-45
   - ◯ 46-50
   - ◯ 51-55
   - ◯ 56-60
   - ◯ 61-65
   - ◯ 66-70
   - ◯ 71-75
   - ◯ 76 jaar of ouder

3. **Hoeveel jaren hebt u ervaring als huisarts? (HAIO-jaren inclusief)** * *Markeer slechts één ovaal.*

- ◯ 0-5 jaar
- ◯ 6-10
- ◯ 11-15
- ◯ 16-20
- ◯ 21-25
- ◯ 26-30
- ◯ 31-35
- ◯ 36-40
- ◯ 41-45
- ◯ 46-50
- ◯ 51 jaar of meer

4. **Welke van onderstaande praktijkvormen komt het best overeen met die van u?** * *Markeer slechts één ovaal.*

- ◯ Solopraktijk
- ◯ Duopraktijk
- ◯ Praktijk met 3 of meer artsen
- ◯ Anders: _____
- ◯ Multidisciplinaire groepspraktijk
- ◯ Wijkgezondheidscentrum

Beslissingsbekwaamheid beoordelen

5. **Hebt u al eens beslissingsbekwaamheid van een patiënt moeten beoordelen?** * *Markeer slechts één ovaal.*

- ◯ Ja *Ga naar vraag 6.*
- ◯ Nee *Ga naar vraag 11.*

Beslissingsbekwaamheid beoordelen

JA

6. **Hoe vaak per jaar schat u beslissingsbekwaamheid in?** *

_____

7. **Wie zou de beoordeling van beslissingsbekwaamheid ook kunnen doen?** * *Vink alle toepasselijke opties aan.*

- ☐ Een psychiater
- ☐ Een verpleegkundige
- ☐ Een maatschappelijk werker
- ☐ Een advocaat
- ☐ Anders:
- ☐ Een geriater
- ☐ Een neuroloog
- ☐ Een vrederechter
- ☐ Een familielid

8. **Hoe bent u in deze casus(sen) tewerk gegaan?**
   ***** *Vink alle toepasselijke opties aan.*

   - ☐ Ik heb de beslissingsbekwaamheid ingeschat op basis van de MMSE.
   - ☐ Ik heb de beslissingsbekwaamheid ingeschat op basis van mijn klinische expertise en mijn buikgevoel.
   - ☐ Ik heb de beslissingsbekwaamheid ingeschat na het afnemen van een gestructureerd interview met de patiënt in kwestie.
   - ☐ Ik heb de beslissingsbekwaamheid ingeschat met behulp van een schaal of tool. Specifieer hieronder:
   - ☐ Ik heb dit op een andere manier gedaan. Specifieer hieronder:
   - ☐ Anders: _____

9. **Bij welke patiëntengroep kwam dit voor?**
   ***** *Vink alle toepasselijke opties aan.*

   - ☐ Patiënten van gevorderde leeftijd zonder cognitieve stoornis
   - ☐ Patiënten met dementie
   - ☐ Patiënten met een depressie
   - ☐ Patiënten met een (acute) psychose
   - ☐ Patiënten met een (acuut) delier
   - ☐ Anders: _____

10. **Wie was (waren) de vragende partij(en) in deze casus(sen)?**
    ***** *Vink alle toepasselijke opties aan.*

    - ☐ Het woonzorgcentrum
    - ☐ De notaris
    - ☐ De familie
    - ☐ De vrederechter
    - ☐ De bewindvoerder
    - ☐ Anders: _____

Ga naar vraag 14.

Beslissingsbekwaamheid beoordelen

NEE

11. **Als je beslissingsbekwaamheid in de toekomst zou moeten beoordelen, hoe zou je het aanpakken?** ***** *Vink alle toepasselijke opties aan.*

    - ☐ Ik zou de beslissingsbekwaamheid inschatten op basis van de MMSE.
    - ☐ Ik zou de beslissingsbekwaamheid inschatten op basis van mijn klinische expertise en mijn buikgevoel.
    - ☐ Ik zou de beslissingsbekwaamheid inschatten na het afnemen van een gestructureerd interview met de patiënt in kwestie.
    - ☐ Ik zou de beslissingsbekwaamheid inschatten met behulp van een schaal of tool. Specifieer hieronder:
    - ☐ Ik zou dit op een ander manier doen. Specifieer hieronder:
    - ☐ Anders:

12. **Wie zou de beoordeling van beslissingsbekwaamheid ook kunnen doen?**
***** *Vink alle toepasselijke opties aan.*

- [ ] Een psychiater
- [ ] Een verpleegkundige
- [ ] Een maatschappelijk werker
- [ ] Een advocaat
- [ ] Een geriater
- [ ] Een neuroloog
- [ ] Een vrederechter
- [ ] Een familielid
- [ ] Anders: _____

13. **Bij welke patiëntengroep verwacht je wel eens beslissingsbekwaamheid te moeten beoordelen?** ***** *Vink alle toepasselijke opties aan.*

- [ ] Patiënten van gevorderde leeftijd zonder cognitieve stoornis
- [ ] Patiënten met dementie
- [ ] Patiënten met een depressie
- [ ] Patiënten met een (acute) psychose
- [ ] Patiënten met een (acuut) delier
- [ ] Anders: _____

Beslissingsbekwaamheid beoordelen

concept beslissingsbekwaamheid

14. **Geef op de vijfpuntsschaal je mening over onderstaande stellingen.**
***** *Markeer slechts één ovaal per rij.*

	Waar	Eerder waar	Neutraal	Eerder onwaar	Onwaar
Iemand is beslissingsbekwaam tot het tegendeel aangetoond is.	◯	◯	◯	◯	◯
Beslissingsbekwaamheid is in regel Een (taak)specifiek begrip. Een patiënt kan beslissingsbekwaam zijn voor de ene taak en niet voor een andere.	◯	◯	◯	◯	◯
De beslissingsbekwaamheid van een patiënt kan veranderen in tijd en per situatie.	◯	◯	◯	◯	◯
Iemand is beslissingsbekwaam of is dat niet, er is geen tussenweg.	◯	◯	◯	◯	◯
Beslissingsbekwaamheid is Gekleurd door het mensbeeld van de patiënt en de zorgverlener en diens verhouding met elkaar.	◯	◯	◯	◯	◯
Het inschatten van beslissingsbekwaamheid is gevolgafhankelijk. De lat ligt hoger als de gevolgen ernstiger zijn.	◯	◯	◯	◯	◯
Beslissingsbekwaamheid is een statisch gegeven. Educatie van de patiënt heeft hier geen invloed op.	◯	◯	◯	◯	◯

Beslissingsbekwaamheid beoordelen

Opleiding

15. **Hoe hebt u de vaardigheid om beslissingsbekwaamheid te beoordelen aangeleerd?** * *Vink alle toepasselijke opties aan.*

- [ ] Zelfstudie
- [ ] Externe opleiding of bijscholing
- [ ] Tijdens de algemene opleiding
- [ ] Uit artikels in vakbladen
- [ ] Op een andere manier. specifieer hieronder:
- [ ] Anders: _____

16. **Zou je een eventuele opleiding over het beoordelen van beslissingsbekwaamheid nuttig vinden?** * *Markeer slechts één ovaal.*

- ◯ Nee
- ◯ Ja

17. **Zoja. Op welke manier?** *Vink alle toepasselijke opties aan.*

- [ ] Externe opleiding of bijscholing
- [ ] Tijdens de algemene opleiding
- [ ] Een geaccrediteerde lezing van de huisartsenkring
- [ ] Een e-learning
- [ ] Anders: _____

Beslissingsbekwaamheid beoordelen

Alvast dank voor uw deelname!