

## **BIJLAGE 3.**

### **NEURO-PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN VAN OUDERENMISHANDELING**

**Dr A HAECKEN, Broeders Alexianen, Tienen.**

<b>1. De beslissingsbekwaamheid van een oudere beoordelen .....</b>	<b>2</b>
1° Beslissingsbekwaamheid is een specifieke notie.....	2
2° Beslissingsbekwaamheid dient als een continuüm te worden beschouwd. ....	2
3° Het beslissingsproces i.p.v. de beslissing .....	2
4° De emotionele basis van een beslissing .....	2
In de praktijk .....	3
<b>2. Bekwaamheid tot het beheer van goederen .....</b>	<b>3</b>
Praktisch .....	4
<b>3. Psychometrie.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Psychiatrische aandoeningen .....</b>	<b>4</b>

# 1. De beslissingsbekwaamheid van een oudere beoordelen

Beslissingsbekwaamheid kan als volgt omschreven worden: een persoon is bekwaam voor een bepaalde taak wanneer hij tot op bepaalde hoogte de nodige cognitieve en affectieve capaciteiten bezit om deze beslissingen te nemen.

Dit betekent dat er bij de evaluatie van iemands beslissingsbekwaamheid vier belangrijke aandachtspunten zijn:

## **1° Beslissingsbekwaamheid is een specifieke notie.**

Dit betekent dat men zich steeds moet afvragen voor welke beslissing of voor welke taak iemand bekwaam dient te zijn. In het verleden hanteerde men wel vaker het 'algemeen competentiemodel' waarin iemand die voor de meeste taken of beslissingen bekwaam was, voor alle taken of beslissingen bekwaam werd geacht. In tegenstelling hiermee kan in het specifieke competentiemodel iemand die als algemeen onbekwaam zou worden beschouwd nog wel bekwaam zijn om bepaalde specifieke beslissingen te nemen (bijvoorbeeld een gevorderd dementerende patiënt die niet meer in staat is om te beslissen over de zorg voor zijn eigen gezondheid, kan nog wel betrokken worden bij de keuze van zijn maaltijd, het maken van een uitstap of de keuze van zijn kledij). Dit model getuigt van meer respect voor de autonomie van de individuele persoon: men blijft als het ware op zoek gaan naar 'eilandjes van bekwaamheid'...

Men kan dan ook verschillende specifieke bekwaamheden onderscheiden: bijvoorbeeld de bekwaamheid om de eigen goederen te beheren, de bekwaamheid om voor de eigen gezondheid zorg te dragen, de testamentaire bekwaamheid, enz.

## **2° Beslissingsbekwaamheid dient als een continuüm te worden beschouwd.**

Aan de ene zijde is er volledige competentie en aan de andere zijde volledige incompetentie. De reële competentie ligt steeds tussen beide polen en is een kwestie van graad. Dit 'gradueel model' beantwoordt beter aan de klinische realiteit dan het drempelmodel (een alles-of-niets-model) en biedt betere garanties voor het vrijwaren van de autonomie en het welzijn van de patiënt dan het drempelmodel.

## **3° Het beslissingsproces i.p.v. de beslissing**

Er dient bij de beoordeling van de beslissingsbekwaamheid van een oudere eerder naar het beslissingsproces gekeken te worden dan naar de uitkomst van een beslissing. Beslissingsbekwaamheid hangt immers af van de capaciteiten van de persoon, en niet zozeer van de beslissingen die deze persoon maakt op basis van deze capaciteiten. Beslissingsbekwaamheid hangt dus eerder samen met de vraag *hoe* een persoon beslist, dan met *wat* hij beslist. Zolang een persoon een goed *beslissingsproces* doormaakt, moet hij als bekwaam beschouwd worden.

## **4° De emotionele basis van een beslissing.**

Tot slot dient er bij de bepaling van iemands beslissingsbekwaamheid niet enkel rekening te worden gehouden met *het rationele karakter van een beslissing*. In de praktijk blijkt immers dat heel wat beslissingen genomen worden op basis van emotionele factoren. Emoties worden meer en meer beschouwd als intelligente manieren van omgaan met de wereld. Het zijn 'belangenbehartigers' die bewijzen hoe wezenlijk lichaam en geest een eenheid vormen. 'Affectieve competentie' wordt dan ook opgevat als de bekwaamheid om kennis die vervat zit in emoties te onderkennen, te analyseren en in een beslissingsproces in rekening te brengen<sup>1</sup>.

## **In de praktijk**

Beslissingsbekwaamheid wordt gebaseerd op een gedetailleerde neuro-psychologische evaluatie, waarvoor geriateren en neuropsychiaters speciaal opgeleid zijn. Men dient specifieke residuele bekwaamheden te bepalen indien er een verminderde beslissingsbekwaamheid is.

## **2. Bekwaamheid tot het beheer van goederen**

Wanneer men in de praktijk geconfronteerd wordt met de vraag naar de (on)bekwaamheid van een oudere, dient men nooit iemand onbekwaam te verklaren omdat hij dementerend of oud is. Er dient steeds nagegaan te worden in welke mate bijvoorbeeld een dementeringsproces die aspecten van het psychisch functioneren aantast die relevant zijn voor het specifieke competentieprobleem dat aan de orde is. Dit betekent dat voor elk competentieprobleem dat zich stelt, zorgvuldigheidscriteria of 'protocollen' dienen te worden ontwikkeld. Bij het ontwikkelen van deze 'protocollen' is het geenszins de bedoeling om een aantal objectieve maatstaven op te sommen om op basis daarvan de bekwaamheid van de betrokken persoon in harde cijfers om te zetten of te 'scoren'. Het is in dit verband belangrijk te onderstrepen dat elke individuele patiënt in zijn individuele, particuliere context moet geëvalueerd worden. Vragenlijsten en (neuro)psychologisch testonderzoek kunnen hierbij een hulpmiddel zijn, maar een competentie-onderzoek mag nooit enkel en alleen op dit 'testonderzoek' gebaseerd zijn. De bedoeling van de *protocollen* is om aan de hand van de verworven inzichten voor de meest frequente problemen van beslissingsbekwaamheid die zich kunnen aandienen een aantal 'zorgvuldigheidscriteria' te ontwerpen. De zorgvuldigheidscriteria moeten beschouwd worden als een leidraad of een vorm van handleiding, eerder dan als een vragenlijst waarop punten moeten gescoord worden. De evaluatie van iemands beslissingsbekwaamheid blijft in eerste instantie gebaseerd op de klinische evaluatie : neuropsychologisch testonderzoek kan bijkomende informatie leveren, maar evaluatie van iemands beslissingsbekwaamheid is nooit alleen gebaseerd kan zijn op het testonderzoek..

### **Een voorbeeld van een protocol: bekwaamheid voor beheer van goederen.**

Om iemand bekwaam te verklaren zijn eigen goederen te beheren, moet hij aan volgende criteria voldoen. Hij moet het doel en het belang van het onderzoek begrijpen; hij moet zich rekenschap geven van het belang zijn goederen te kunnen beheren; hij moet hierbij oog hebben voor zijn eigen sterke en zwakke eigenschappen in verband met de mogelijkheid zijn goederen te beheren. Enig inzicht is hiervoor vereist. Dit betekent onder meer dat de *reality testing* van de betrokkene voor dit specifieke aspect van zijn competentie onaangetast moet zijn. Hij moet bovendien de aard en de omvang van zijn bezittingen met een zekere nauwkeurigheid kunnen aangeven. Hij moet een zekere kennis hebben van zijn inkomen en zijn uitgaven. Hiertoe dient hij nog een capaciteit tot calculeren te hebben.

Geheugen- of andere cognitieve stoornissen mogen met andere woorden niet van die aard zijn dat ze interfereren met het beheer van goederen.

Wanneer de betrokken persoon recent enkele onverstandige financiële transacties heeft ondernomen, zal dit gegeven in het uiteindelijke oordeel een signaal zijn voor de beoordelaar, maar dit is onvoldoende om de betrokken persoon onbekwaam te verklaren. Hij moet bovendien, voor zover dit noodzakelijk blijkt, een beroep hebben gedaan op de voorhanden zijnde voorzieningen of hulpmiddelen, of moet te kennen geven dat hij dit in de nabije toekomst zal (blijven) doen. Hij zou tevens akkoord moeten gaan om bepaalde zaken te delegeren. Hij moet gepast advies kunnen zoeken en begrijpen en hiernaar handelen. Ook moet onderzocht worden of zijn familie (of openbare voorzieningen) hem de minimaal noodzakelijke middelen ter beschikking heeft gesteld, die hem toelaten zijn goederen op een adequate wijze te beheren. Indien zijn bekwaamheid aan fluctuaties onderhevig zou zijn, moet geëvalueerd worden of hij zijn goederen nog kan beheren op de ogenblikken dat hij op de laagste grens van zijn mogelijkheden functioneert. Wanneer hij in een situatie verkeert, waarbij hij beslissingen zou kunnen nemen die belangrijke gevolgen voor anderen zouden kunnen hebben, moet zijn beslisvaardigheid met nog grotere zorgvuldigheid en aandacht bestudeerd worden.

## **Praktisch**

Een medisch attest om een voorlopige bewindvoerder aan te vragen kan door elke arts opgesteld worden, op voorwaarde dat hij of zij niet verbonden is aan de instelling waar de patiënt verblijft, zo deze in een instelling zou verblijven. Ook voor de gedwongen opname kan het medisch attest door een huisarts opgemaakt worden. In geval dat de vrederechter twijfels heeft, kan hij een expert aanduiden en meestal is dit een psychiater.

## **3. Psychometrie**

Het is zinvol om bijkomend neurologisch of psychiatrisch advies te vragen wanneer de huisarts geconfronteerd wordt met een situatie van ouderenmishandeling en hij vermoedt dat het misschien om een situatie van 'ontspoorde' zorg gaat, wanneer het slachtoffer aan dementie zou lijden of gedragsveranderingen vertoont die binnen een (andere) psychiatrische aandoening kunnen kaderen. Anders gezegd: als de arts met diagnostische vragen zit. In zo'n situatie kan een neuro-psychologische testonderzoek aangewezen zijn, dat meestal op specifieke doorverwijzing naar de neuroloog of psychiater plaatsvindt.

Binnen een huisartsenpraktijk kan als screening bij vermoeden van een dementieel syndroom de *Mini Mental State Examination* uitgevoerd worden, maar een diagnose van een dementie kan nooit alleen op deze test gebaseerd worden.

Wanneer de testing een onderdeel vormt van de evaluatie van iemands beslissingsbekwaamheid, dienen niet enkel de geheugenfuncties onderzocht te worden, maar ook en vooral de executieve of uitvoerende functies (testen van frontale functies). Dit gebeurt best in een gespecialiseerde setting.

## **4. Psychiatrische aandoeningen**

In de context van ouderenmishandeling is het tevens belangrijk om aandacht te hebben voor psychische stoornissen bij ouderen. Hoewel de prevalentie van verschillende psychiatrische aandoeningen op oudere leeftijd niet lager is dan op jong-volwassen leeftijd, worden deze stoornissen nog steeds onvoldoende (of soms niet) onderkend of behandeld. Nochtans kunnen een aantal van deze stoornissen aanleiding geven tot ingrijpende gedragsveranderingen die vaak verkeerd begrepen worden door de zorgdragers en irritatie, kwaadheid en soms geweld bij de omgeving kunnen uitlokken. Anderzijds kan storend of agressief gedrag ook een gevolg zijn van een psychiatrische aandoening.

Men dient daarom bij ouderenmishandeling volgende ziektebeelden in het achterhoofd te houden en bij mogelijkheid hiervan specialistisch advies in te roepen voor de diagnose en behandeling:

**-Een depressief syndroom** is een ziektebeeld dat vrij frekwent voorkomt bij ouderen (globaal genomen ligt het prevalentiecijfer rond 15%). De depressieve oudere vertoont onder meer anhedonie, interesseverlies, futloosheid, een 'pijnlijk anesthesie', zelfverwaarlozing, etc. Bovendien presenteert een depressie bij ouderen zich frekwent op een atypische wijze (somatische klachten, psychotische symptomen of geheugenstoornissen kunnen op de voorgrond staan) wat de herkenning bemoeilijkt. Depressieve patiënten hebben vaak met veel onbegrip in de omgeving te kampen: hun symptomen worden als een teken van zwakte of als een gebrek aan wilskracht beschouwd ...

**-Het dementieel syndroom** is een tweede belangrijk ziektebeeld. De diagnose van dementie wordt vaak pas vrij laattijdig gesteld, wat betekent dat er heel wat (beginnend) dementerende ouderen in de thuissituatie verblijven die nog niet als dusdanig gediagnosticeerd zijn.

De vraag stelt zich op welke manier bepaalde gedragsafwijkingen geïnterpreteerd worden door de omgeving ; duiding ('psycho-educatie') kan hier waarschijnlijk verdere spanningen, conflicten of mishandeling voorkomen. Zelfs in situaties waar de diagnose al wel gekend is, worden

gedragsafwijkingen die gerelateerd zijn aan het dementieel syndroom, nog te vaak als doelbewust geïnterpreteerd...

De klassieke symptomen van bijvoorbeeld een Alzheimer-dementie – het globaal amnestisch symptomencomplex, stoornissen van de fasie, gnosie en praxis- kregen in het verleden meer aandacht dan de ook belangrijke psychologische en gedragsmoeilijkheden bij een dementiesyndroom (*BPSD: Behavioral and psychological symptoms of dementia*). Tot deze moeilijkheden behoren depressie, angst, apathie, persoonlijkheidsveranderingen, gedragsveranderingen en psychotische symptomen. Van al deze symptomen blijkt apathie het meest belastende symptoom te zijn voor mantelzorgers.

**-Ook manische toestandsbeelden** op oudere leeftijd kunnen onbegrip en kwaadheid oproepen. Het kan hier gaan om een manische episode in het kader van een bipolaire stoornis, maar een manie kan ook voor de eerste maal voorkomen op oudere leeftijd: het gaat dan om een 'secundaire' manie, een organische stemmingsstoornis van het manische type, veroorzaakt door farmaca, lichamelijke ziekten of neurologische aandoeningen.

**-Achterdocht** is een symptoom dat frekwent voorkomt op oudere leeftijd en soms tot heel pijnlijke situaties binnen een familie kan leiden (verwijten, beschuldigingen, etc.). Paranoïdie op oudere leeftijd kan kaderen binnen een paranoïde stoornis (voornamelijk een paranoïde waanstoornis, minder frekwent een schizofrenie op latere leeftijd), maar kan ook optreden in de context van een stemmingsstoornis. Overigens wordt paranoïdie ook gezien bij een organisch psycho-syndroom (Bijv. ten gevolge van middelen gebruik, zoals antiparkinson- medicatie; of bij een stoornis in de hersenen (bijv. dementie) of een stoornis elders in het lichaam).

---

<sup>i</sup> HAEKENS A. *Beslissingsbekwaamheid in de gerontopsychiatrische context*, Acta Biomedica Lovaniensa 186, Leuven 1998, Leuven University Press.)