

Ethiek van de bemoeizorg: een casusbespreking

A. Liégeois, E. Berghmans, M. Destoop

Achtergrond Begeleiders hebben behoefte aan een ethisch kompas om een weg in de bemoeizorg te vinden.

Doel Een ethisch kader van graduele zorg ontwikkelen.

Methode Aan de hand van een casus wordt het ethisch kader van graduele zorg beschreven en toegepast.

Resultaten Uitgangspunt is een relationele mensvisie. Bijgevolg is een eerste voorwaarde dat de begeleiders een vertrouwensrelatie met de cliënt opbouwen. Tegelijk schatten ze de beslissingsbekwaamheid in, het vermogen om verantwoordelijkheid voor een bepaalde keuze te nemen. De optie voor een bepaalde gradatie van bemoeizorg hangt immers af van de graad van beslissingsbekwaamheid. De uiterste zorgvorm op het continuüm is dwang. Omdat dit de minst vanzelfsprekende vorm van bemoeizorg is, passen de begeleiders bijkomende criteria toe. Met de beschreven casus illustreren we de tien verschillende gradaties van bemoeizorg. De begeleiders probeerden steeds de cliënt te stimuleren om eigen verantwoordelijkheid voor een bepaalde keuze te nemen.

Conclusie Deze ethische visie op bemoeizorg is een aanvulling op het wettelijke kader en dient als ethisch houvast voor begeleiders om een meer verfijnd en genuanceerd zorgplan op te maken en toe te passen.

Allereerst die open deur binnengaan: vermaatschappelijking van zorg is volop aan de gang. Hierbinnen is bemoeizorg één van de zorgvormen die zich richt op personen met een ernstige psychische aandoening (EPA) die geen actieve hulpvraag aan de ggz stellen ondanks hun verontrustende leefsituatie. Cliënten met EPA hebben te kampen met langdurige psychiatrische stoornissen met persisterende symptomen en ernstige sociaal-maatschappelijke beperkingen. De bemoeizorgpopulatie wordt als een deelgroep van EPA beschreven (Delespaul 2013).

In de praktijk blijkt de deur bij deze deelgroep niet zo open. Bijgevolg bevinden we ons als begeleiders meteen op het snijvlak van enkele fundamentele ethische vragen die bekend zijn binnen het algemene ggz-werkveld, maar het scherpst naar voren komen bij bemoeizorg. De specifiek ethische literatuur over bemoeizorg focust vooral op dwang en andere vormen van beïnvloeding versus de autonomie (Watts & Priebe 2002; Williamson 2002; Szmukler & Appelbaum 2008; Mulder & Kroon 2009; Firn & Molodynski 2011). Ook het omgaan met ethische dilemma's en moreel beraad komen aan

bod (Claassen & Priebe 2006; Trinh e.a. 2008; Gray & Johanson 2010). De centrale ethische problematiek is ongetwijfeld het spanningsveld bij de cliënt die behoefte heeft aan zorg, maar ook recht heeft op autonomie. Daartoe hebben we een ethisch referentiekader uitgewerkt dat op een innovatieve wijze vanuit een relationele mensvisie de verschillende vormen van verantwoordelijkheid verbindt met een gradatie in de bemoeizorg (Liégeois & Eneman 2017). Dit referentiekader is gebaseerd op het advies van de Begeleidingscommissie Ethiek bij de Broeders van Liefde, de grootste ggz-groep in Vlaanderen (Begeleidingscommissie ethiek 2014). Aan de hand van een casusbespreking uit de bemoeizorg in de Vlaamse zorgcontext verduidelijken we dit ethisch kader van graduele zorg en passen het toe.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 48-jarige man, werd tweemaal door de sociale woningmaatschappij doorverwezen naar het bemoeizorgteam. De aanleiding was telkens een sterk

AUTEURS

Axel Liégeois, hoogleraar Zorgethiek, faculteit Theologie en Religiewetenschappen, KU Leuven, en ethicus, Organisatie Broeders van Liefde, Gent.

Ellen Berghmans, zorginhoudelijk coördinator, SSeGA Zorggroep Multiversum, Boechout, en onderzoeker, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven.

Marianne Destoop, beleidsarts, Zorggroep Multiversum, Boechout, en postdoc onderzoeker, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UAntwerpen.

Correspondentie

Prof. Axel Liégeois (axel.liegeois@kuleuven.be).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-5-2021

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(10):755-759

verwaarloosde woning, communicatiemoeilijkheden en verward contact met de vertegenwoordiger van de woningmaatschappij.

De eerste begeleidingsperiode was van korte duur want al snel werd duidelijk dat er reeds sociale en ggz-hulpverlening aangeboden werd vanuit het gemeentelijk Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW). Het bemoeizorgteam zorgde voor de nodige afstemming binnen het bestaande netwerk van patiënt waardoor het netwerk op dat moment verder kon. De huidige begeleiding begon twee jaar later, opnieuw op initiatief van de woningmaatschappij. De reeds bekende en terugkerende problemen waren verergerd doordat nu zijn vroegere steunnetwerk was weggevalen. Er was geen informeel netwerk meer en enkel het OCMW was betrokken voor een beperkte financiële follow-up.

Uit de bondige heteroanamnese van de begeleiders van het OCMW bleek dat patiënt opgenomen werd in de jaren 90 wegens een psychose. Er was toen een duidelijke indicatie voor verdere psychiatrische en medicamenteuze follow-up, maar hij weigerde die. Behandeling was nog steeds onbespreekbaar met hem ondanks dat hij zelf aangaf een traumatische jeugd te hebben gehad. Patiënt maakte een onverzorgde en onopvallende indruk. Hij had een uitgebreid waansysteem, waarbij hij ervan overtuigd was dat alle mensen door buitenaards leven geprogrammeerd waren en slaafs een patroon volgden waarbij de wereld kapot werd gemaakt. Hij zag zichzelf als een uitzondering hierop en zei over telepathische krachten te beschikken. Hij koos ervoor zich af te zonderen van anderen en trachtte zoveel mogelijk te leven in de natuur. Hierdoor waren nutsvoorzieningen in zijn woning overbodig en mochten duiven en ongedierte zich er nestelen.

In zijn communicatie was hij zeer uitwendig, chaotisch en associatief. Enig realiteitsbesef binnenbrengen was zeer moeilijk. Er was een vermoeden van auditieve en

visuele hallucinaties. Verder zocht patiënt voldoening in cultuur door te luisteren naar de radio en tv te kijken, maar ook in natuur. Hij deed zelfstandig turnoefeningen en voetbalde alleen op het sportveld in de buurt. Hij had een cognitief wisselend functioneren waarbij desoriëntatie in tijd, concentratie- en geheugenproblemen op de voorgrond stonden.

Er was geen vermoeden van middelenmisbruik, noch waren er somatische klachten die konden wijzen op een delier. Zijn stemming was wisselend en incidenteel dysfoor met bijkomende suïcidale ideatie. Hoewel er aanvankelijk binding was met het bemoeizorgteam, verliep de verhouding na enkele gesprekken moeizamer en namen de achterdocht en agitatie toe. Ondanks verschillende contactpogingen door het bemoeizorgteam brak patiënt het contact volledig af en gaf hij expliciet aan geen contact meer te willen met anderen. Enkel de beperkte administratieve ondersteuning van het OCMW aanvaardde hij nog.

Vermoedelijk was er weer ongedierte in de woning ondanks een recente ontsmetting door een reinigingsfirma. Bovendien was een geplande technische controle van de verwarmingsketel nog niet uitgevoerd door zijn weigering om toegang te verlenen tot zijn woning. Door de voortslepende woonproblemen en ondanks herhaaldelijke pogingen tot bemiddeling wilde de sociale huisvestingsmaatschappij verdere juridische stappen zetten. Deze dreven de externe druk verder op. De dreiging tot uithuiszetting werd reëler en bijgevolg verhoogde de betrokkenheid van het bemoeizorgteam ter preventie van een verdere probleemescalatie.

DISCUSSIE

De ethische vraag is welke vorm van bemoeizorg te verantwoorden is. Welke graad van bemoeizorg kunnen de begeleiders de patiënt uit onze casus aanbieden? Wat is

daarbij de verantwoordelijkheid van de begeleiders en die van onze patiënt?

Relationele mensvisie

Bemoeizorg is niet ethisch neutraal en waarde vrij, maar gaat uit van een mensvisie (Verkerk 2001; Heyndrickx 2011). We opteren voor een relationele mensvisie. Hierbij zijn mensen niet alleen op zichzelf staande individuen, maar ook personen die met elkaar verbonden zijn in een netwerk van relaties en in een maatschappelijke omgeving. Uit deze verbondenheid volgt dat mensen op elkaar betrokken zijn.

Deze relationele mensvisie is de fundering van bemoeizorg: enerzijds gaat bemoeizorg uit van het opbouwen van een vertrouwensrelatie en anderzijds voltrekt de bemoeizorg zich in het opnemen en delen van verantwoordelijkheid. Vanuit de relationele verbondenheid worden mensen opgeroepen om voor elkaar verantwoordelijkheid op te nemen. Het verantwoordelijk zijn voor een ander heft echter de eigen verantwoordelijkheid van die ander voor zichzelf niet op. Mensen zijn verantwoordelijk om de verantwoordelijkheid van de ander te bevorderen. Vanuit deze verantwoordelijkheid kunnen we bemoeizorg funderen zonder te vervallen in paternalisme.

Opbouwen van een vertrouwensrelatie

Uit deze relationele mensvisie volgt dat bemoeizorg begint met het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Daartoe focussen de begeleiders op het verhaal van de door ons beschreven patiënt en zijn mogelijke zorgvragen. Vanuit een ethische grondhouding van respectiviteit benaderen ze onze patiënt vanuit zijn levensperspectief, tonen zo hun betrokkenheid en scheppen verbondenheid (Watts & Priebe 2002; Williamson 2002). Zijn zorgvraag is niet de toestand van zijn woning, maar misschien iets anders, dat de begeleiders moeten uitzoeken en dat mogelijk te maken heeft met zijn tijdsbesteding, zoals zijn interesse in radio en tv, natuur en dieren, turnoefeningen en voetballen. Wat is er belangrijk voor onze patiënt? Wat staat er voor hem op het spel? Wat zijn mogelijke winstpunten in het leven zoals hij dat ervaart? De begeleiders richten zich eerst op de vragen van onze patiënt en zoeken samen met hem naar een passend antwoord op die vragen. Zo nemen de begeleiders volgens hem echt hun verantwoordelijkheid op en groeit zijn vertrouwen in hen. Pas dan kunnen de begeleiders hem vragen om ook aandacht te hebben voor iets dat voor hen belangrijk is, zoals zijn verantwoordelijkheid voor zijn woonsituatie.

Beslissingsbekwaamheid

Het probleem is echter dat cliënten niet steeds het vermogen hebben om verantwoordelijkheid te nemen. Dat vermogen noemen we wilsbekwaamheid, of beter nog beslissingsbekwaamheid. Het is het vermogen om vrije, overwogen en verantwoorde beslissingen te nemen (Liégeois 2018). We mogen ervan uitgaan dat mensen beslis-

singsbekwaam zijn, tenzij het tegendeel aangetoond is, bijvoorbeeld door een ernstige psychische aandoening. De beslissingsbekwaamheid betreft echter niet de persoon in zijn of haar geheel, maar een welbepaalde beslissing van die persoon aangaande een concreet levensdomein op een gegeven moment.

Bovendien zien we deze bekwaamheid niet als zwart of wit, zoals dat in het recht het geval is. Ethiek laat meer nuancering toe door het invoeren van een gradatie: van volledig beslissingsbekwaam, over gedeeltelijk beslissingsbekwaam tot volledig beslissingsonbekwaam. Op deze graduele lijn schatten de begeleiders in of iemand voldoende bekwaam is om een bepaalde beslissing te nemen, rekening houdend met de ernst van de gevolgen van die beslissing.

Bij de beschreven patiënt gaat het om de vraag in welke mate hij bekwaam is om beslissingen over zijn woonsituatie te nemen en daarvoor verantwoordelijkheid op zich te nemen. In dit artikel kunnen we het moeilijke proces van beoordeling van zijn beslissingsbekwaamheid niet geheel beschrijven. Daarom stellen we voor aan te nemen dat patiënt door zijn psychische aandoening voor deze keuze niet volledig beslissingsbekwaam en evenmin volledig beslissingsonbekwaam is, maar gedeeltelijk beslissingsbekwaam, neigend naar beslissingsonbekwaam.

Gradaties in verantwoordelijkheid

Vanuit ethisch standpunt leidt de graad van beslissingsbekwaamheid tot een overeenkomende graad van verantwoordelijkheid. Een volledig beslissingsbekwame cliënt kan eigen verantwoordelijkheid op zich nemen. Bij een gedeeltelijk beslissingsbekwame cliënt delen cliënt, naastbetrokkenen en begeleiders in overleg de verantwoordelijkheid. Bij een volledige beslissingsonbekwaamheid nemen de begeleiders de verantwoordelijkheid over, in dialoog met de naastbetrokkenen en rekening houdend met de actuele en vroegere wensen van de cliënt.

Deze graduele vormen van verantwoordelijkheid leiden op hun beurt tot gradaties in bemoeizorg: van 1. beschikbaar zijn en 2. informeren, over 3. adviseren, 4. onderhandelen, 5. verleiden en 6. overtuigen, 7. externe en 8. interne druk uitoefenen, tot 9. overnemen en 10. dwingen. Deze graduele visie op beslissingsbekwaamheid, verantwoordelijkheid en bemoeizorg hebben we reeds in dit tijdschrift beschreven (Szmukler & Appelbaum 2008; Mulder & Kroon 2009; Tielens & Verster 2010; Firn & Molodynski 2011; Liégeois & Eneman 2017). We werken deze verder uit en passen deze toe op de casus van patiënt.

Eigen verantwoordelijkheid

Als onze patiënt volledig beslissingsbekwaam zou zijn, dan zou hij zijn verantwoordelijkheid ten volle op zich kunnen nemen. Dan hoeven de begeleiders geen zorgrelatie met hem op te bouwen om zijn verantwoordelijkheid te ondersteunen.

Niettemin kunnen we hier reeds twee voorafgaande of voorbereidende vormen van bemoeizorg onderscheiden. Een *eerste* vorm houdt in dat de begeleiders zich beschikbaar opstellen om patiënt zorg te bieden, mocht dat nodig zijn. Een *tweede* voorafgaande vorm bestaat erin dat de begeleiders patiënt zo objectief mogelijk informeren over de verschillende mogelijkheden, maar hem volledig vrij laten en niet proberen hem te beïnvloeden.

Deze voorbereidende vormen van bemoeizorg zijn bij beschreven patiënt niet meer van toepassing omdat hij reeds een lang zorgtraject kent waarin verschillende gradaties van bemoeizorg zijn gebruikt en hij slechts gedeeltelijk beslissingsbekwaam is.

Gedeelde verantwoordelijkheid

Als onze patiënt voor zijn woonsituatie gedeeltelijk beslissingsbekwaam is, komen de begeleiders tot gedeelde verantwoordelijkheid in overleg met patiënt en zijn naastbetrokkenen voor zover die er zijn. Hier kunnen we verschillende vormen van bemoeizorg onderscheiden.

Een *derde* gradatie in de bemoeizorg is patiënt te adviseren. Dit houdt in dat de begeleiders hem objectieve informatie over de verschillende mogelijkheden geven, maar hem nu wel al beïnvloeden door een voorkeur uit te spreken en hem te wijzen op bepaalde voordelen.

Een *vierde* vorm van bemoeizorg is onderhandelen. Daarbij informeren de begeleiders hem opnieuw over de verschillende mogelijke keuzes met de voor- en nadelen, maken er een balans van op en streven naar consensus. Bij de volgende gradaties van bemoeizorg kantelt de gedeelde verantwoordelijkheid naar een grotere impact van de begeleiders. De *vijfde* en *zesde* vorm van bemoeizorg zijn verleiden en overtuigen. Bij verleiden spelen de begeleiders in op de emotioneel aantrekkelijke elementen van een goede woonsituatie voor patiënt, terwijl ze bij overtuigen hem met redelijke argumenten proberen over te halen.

Door druk of drang uit te oefenen wordt de impact van de begeleiders nog groter. Ze gaan een stap verder in hun aanklappende aanpak door de negatieve effecten van de ene keuze te gebruiken als hefboom om voor de andere mogelijkheid te kiezen. Met de *zevende* gradatie van externe druk kunnen de begeleiders de mogelijke maatregelen van de sociale huisvestingsmaatschappij als een drukmiddel gebruiken zoals een verzoening via de vrederechter.

Bij de *achtste* graad van interne druk kunnen de begeleiders stellen dat ze vanuit hun zorgvisie niet anders kunnen dan deze situatie aan een externe instantie te melden. De begeleiders proberen aan de zijde van patiënt te blijven staan om samen met hem te zoeken hoe de negatieve effecten kunnen worden voorkomen. Patiënt blijft een zekere mate van vrijheid behouden terwijl de begeleiders zijn toestemming nodig hebben om bepaalde maatregelen te nemen.

Plaatsvervangende verantwoordelijkheid

Als onze patiënt volledig onbekwaam is om beslissingen rond zijn woonsituatie te nemen, dan nemen de begeleiders de verantwoordelijkheid plaatsvervangend over. Tot nog toe hebben ze enkel overleg gepleegd, maar nu gaan ze over tot handelen.

Bij de *negende* vorm van bemoeizorg nemen ze de actie over door zelf maatregelen op te leggen om de woonsituatie in orde te brengen. Specifiek voor deze vorm van bemoeizorg is dat patiënt dit ondergaat en zich niet uitdrukkelijk verzet. Het is een riskante tussenkomst omdat de indruk kan ontstaan dat hij akkoord gaat terwijl hij het er eigenlijk niet mee eens is.

De *tiende* en meest vergaande vorm van bemoeizorg is dwang. Dit betekent dat de begeleiders een beslissing nemen en uitvoeren, ook al gaat het in tegen de uitdrukkelijke wil van patiënt en verzet hij zich met woorden en daden. In het geval van onze patiënt kan bijvoorbeeld de woningmaatschappij een procedure tot uithuiszetting inzetten of kunnen de ggz-begeleiders een gedwongen opname aanvragen.

Criteria voor dwang

Omdat dwang zo ingrijpend is, mag deze nooit vanzelfsprekend worden. Daarom hebben we drie criteria voor het uitoefenen van dwang uitgewerkt die we hier toepassen (Liégeois & Eneman 2017).

Het *eerste criterium* is de graad van dreiging en ernst van schade aan de fysieke en/of psychische gezondheid en/of integriteit van patiënt en/of van een andere persoon. Het doel van de dwang is de schade te voorkomen of te herstellen. Als er enkel schade is aan materiële goederen zoals de woning zelf, dan is dwang niet verantwoord. Dreigt er echter ook schade aan de gezondheid of integriteit van patiënt of aan mensen uit zijn onmiddellijke omgeving, dan kan dwang wel verantwoord worden.

Het *tweede criterium* betreft de graad van beslissingsbekwaamheid van onze patiënt. Het doel van de dwangmaatregel is dan een zorgsituatie te scheppen waarin de beslissingsbekwaamheid hersteld en bevorderd wordt. Als onze patiënt gedeeltelijk beslissingsbekwaam is, dan volgt hieruit dat de begeleiders op de eerste plaats zijn bekwaamheid proberen te herstellen, en pas op de tweede plaats dwang kunnen uitoefenen.

Het *derde criterium* is de proportionaliteit van de dwang en de gevolgen ervan in verhouding tot de graad van dreiging en ernst van schade en de graad van beslissingsbekwaamheid. Dit impliceert dat dwang alleen kan worden verantwoord als er geen alternatieven zijn om de dreigende en ernstige schade te vermijden met minder bemoeienis of vrijheidsbeperking. De vraag is dan of er echt geen alternatieven zijn om de woonsituatie en de psychische gezondheid van de patiënt te verbeteren met een beperktere vorm van bemoeizorg.

Besluit

Er is een gradatie in de vormen van bemoeizorg (Szmukler & Appelbaum 2008). Vanuit een collaboratief en integratief partnerschapsmodel proberen de begeleiders de cliënt te stimuleren om eigen verantwoordelijkheid te nemen voor een bepaalde keuze (Watts & Priebe 2002; Williamson 2002; Claassen & Priebe 2007). Het is uiteraard het beste om te kiezen voor de vorm van bemoeizorg met de meeste eigen verantwoordelijkheid.

Echter, als de situatie moeilijker wordt, kunnen de begeleiders opteren voor vormen van bemoeizorg met meer plaatsvervangende verantwoordelijkheid. Het is te verantwoorden voor verdergaande vormen van bemoeizorg te kiezen naarmate de cliënt minder beslissingsbekwaam is en de dreiging en ernst van schade toenemen.

Begeleiders kunnen ethisch onverantwoord handelen door zich te veel te mengen in verhouding tot de graad van beslissingsbekwaamheid en schade, maar ze kunnen ook onverantwoord handelen als ze te weinig optreden, de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt overschatten en de dreigende en ernstige schade onvoldoende voorkómen. Deze ethische visie op bemoeizorg is een aanvulling op het wettelijke kader en dient als ethisch kompas voor begeleiders om een meer verfijnd en genuanceerd zorgplan op te stellen en toe te passen.

LITERATUUR

Begeleidingscommissie Ethiek GGZ Broeders van Liefde. Bemoeizorg in de geestelijke gezondheidszorg, 2014. <https://broedersvanliefde.be/artikel/ethisch-advies-bemoeizorg-de-geestelijke-gezondheidszorg>.

Claassen D, Priebe S. Ethical aspects of assertive outreach. *Psychiatry* 2006; 6: 45-8.

Delespaul Ph en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatrie* 2013; 55: 427-38.

Firn M, Molodynski A. Personal autonomy, leverage and coercion. In: Williams C, Firn M, Wharne S, e.a., red. *Assertive outreach in mental healthcare: current perspectives*. West Sussex: Blackwell; 2011. p. 210-222.

Gray A, Johanson P. Ethics and professional issues: the universal and the particular. In: Cupitt C, red. *Reaching out: the psychology of assertive outreach*. New York: Routledge; 2010. p. 229-47.

Heyndrickx P. Mijn broeders hoeder: verantwoordelijkheid en relationele ethiek. In: Heyndrickx P, Barbier I, Van Ongevalle M, e.a., red. *De meervoudig gekwetste mens? Gedeelde en verdeelde zorg*. Leuven: LannooCampus; 2011. p. 115-39.

Liégeois A, Eneman M. Een ethische reflectie op bemoeizorg in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 103-10.

Liégeois A. Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 29-36.

Mulder N, Kroon H. *Assertive Community Treatment: bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Boom: Amsterdam; 2009.

Szmukler G, Appelbaum P. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *J Ment Health* 2008; 17: 233-44.

Tielens J, Verster M. *Bemoeizorg: eenvoudige tips voor moeilijke zorg*. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.

Trinh NH, Moore D, Brendel D. Ethics consultation to PACT teams: balancing client autonomy and clinical necessity. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16: 365-72.

Verkerk M. The care perspective and autonomy. *Med Health Care Philos* 2001; 4: 289-94.

Watts J, Priebe S. Phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics* 2002; 16: 439-54.

Williamson T. Ethics of assertive outreach (assertive community treatment teams). *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15: 543-7.

SUMMARY

Ethics of assertive outreach: a case study

A. Liégeois, E. Berghmans, M. Destoop

Background Caregivers need an ethical compass to find a way in assertive outreach.

Aim To develop an ethical framework of gradual care.

Method Using a case study, the ethical framework of gradual care is presented and applied.

Results The starting point is a relational view of the human being. Consequently, a first condition is that caregivers build up a relationship of trust with the client. At the same time, they assess the decision-making capacity, i.e. the ability to take responsibility for a specific choice. The option for a particular gradation of assertive care depends on the degree of decision-making capacity. The extreme form of care on the continuum is coercion. As this is the least obvious form of assertive outreach, caregivers apply additional criteria. In the case study we illustrate the ten degrees of assertive outreach. The caregivers always try to empower the client to take responsibility for a particular choice.

Conclusion This ethical view of assertive outreach is an addition to the legal framework and serves as an ethical reference for caregivers to draw up and apply a more refined and nuanced care plan.