

Nota wilsonbekwaamheid

Beleid en procedure beoordelen
wilsonbekwaamheid

Stichting Philadelphia Zorg

Philadelphia

Het beste uit jezelf

Nota wilsonbekwaamheid

Beleid en procedure beoordelen
wilsonbekwaamheid

Stichting Philadelphia Zorg

Inleiding

Woord vooraf

In Nederland is iedereen van 16 jaar en ouder volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) wilsbekwaam. Als iemand wilsbekwaam is, wordt hij/zij in staat geacht een weloverwogen beslissing over een eventuele behandeling te nemen. De hulpverlener beoordeelt of de cliënt beslissingsvaardig is, ofwel wilsbekwaam. Wanneer een cliënt de informatie ten aanzien van een voorgestelde behandeling niet begrijpt of de gevolgen hiervan niet kan overzien, kan de hulpverlener de cliënt als wilsonbekwaam ter zake beoordelen. Beoordeling van de wilsbekwaamheid kan zelfs al eerder spelen; als iemand vanaf twaalf jaar een beslissing moet nemen over een voorgenomen behandeling, wordt ook bepaald of diegene wilsbekwaam is.

Aan het beoordelen van wilsonbekwaamheid zitten normatieve en ethische aspecten. Dat maakt de beoordeling vaak lastig. Tegelijkertijd speelt de vraag wie de beoordeling doet en hoe deze moet worden uitgevoerd.

De WGBO geeft een kader voor behandeling. Deze notitie strekt echter verder en gaat zowel over immateriële als materiële beslissingen.

De notitie beschrijft de uitgangspunten, de visie op en de praktische uitwerking van de beoordeling van wilsonbekwaamheid bij cliënten met een verstandelijke beperking. Hierbij wordt aandacht besteed aan de specifieke aard van de doelgroep: wat zijn de bijzondere omstandigheden die maken dat deze notitie geschreven moet worden? Verder wordt ingegaan op het afwegingsproces en verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokkenen.

Leeswijzer

Deze notitie is opgesteld met als doel om het onderwerp wilsonbekwaamheid binnen Philadelphia een duidelijk kader te bieden.

Het eerste deel omvat een inhoudelijke verantwoording van de beoordeling van wilsonbekwaamheid.

In het tweede deel staat de procedure beschreven om de wilsbekwaamheid te toetsen met een toelichting waarin onder andere juridische aspecten aan bod komen.

Het derde deel omvat richtlijnen voor de beoordeling van wilsonbekwaamheid en een stappenplan om inhoudelijke afwegingen te structureren.

DEEL 1

Inhoudelijke verantwoording van beoordeling wilsbekwaamheid

1. Het begrip wilsbekwaamheid

1.1 Inleiding

Iedereen heeft te maken met belangrijke keuzes in het leven. Keuzes die soms verstrekkende gevolgen kunnen hebben. Mensen met een verstandelijke beperking hebben veelal ondersteuning nodig om ingrijpende beslissingen te kunnen nemen. Uitgangspunt hierbij is dat ook mensen met een verstandelijke beperking zo veel als mogelijk worden betrokken bij en invloed uit kunnen oefenen op deze keuzes.

Iedere persoon van 16 jaar of ouder is in Nederland in beginsel wilsbekwaam. Dit geldt ook voor iemand met een verstandelijke beperking. Wanneer aan de wilsbekwaamheid van een cliënt die voor een belangrijke keuze staat wordt getwijfeld, dient deze aan de hand van deze nota te worden beoordeeld.

We spreken van wils(on)bekwaamheid ter zake als er sprake is van het maken van een keuze die verstrekkende gevolgen in het leven van een cliënt kan hebben, onder meer ten aanzien van de te ontvangen behandeling of ondersteuning. Het maken van keuzes in het dagelijks leven waarbij geen sprake is van verstrekkende gevolgen valt buiten het kader van het beoordelen van wilsbekwaamheid.

1.2 Het begrip wilsbekwaamheid

De definitie van wilsbekwaamheid volgens het Burgerlijk Wetboek (artikel 1: 450 lid 1; artikel 1: 378 lid 1) is als volgt:

‘Personen die als gevolg van hun geestelijke of lichamelijke toestand tijdelijk of duurzaam niet in staat zijn of bemoeilijkt worden hun belangen zelf behoorlijk waar te nemen’.

In ‘Van Wet naar Praktijk. Een implementatie van de WGBO’ wordt de volgende algemeen aanvaarde definitie van wilsbekwaam gehanteerd:

‘Patiënten die niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake van een beslissing of situatie die aan de orde is.’

Philadelphia neemt deze algemeen aanvaarde definitie als uitgangspunt bij het opstellen van haar beleid.

Het begrip wilsbekwaamheid verwijst niet naar iemands wil, maar naar diens ‘besluitvormingsvermogen’. Belangrijk is voor ogen te houden dat het gaat om het bepalen van de beslisvaardigheid van een cliënt onafhankelijk van wat de gevolgen van de beslissing voor de cliënt zijn. Met andere woorden: het gaat niet om het beoordelen van een in de ogen van hulpverleners onverstandige of moeilijk invoelbare beslissing, maar om het beoordelen of de cliënt de gegeven informatie begrijpt en inzicht heeft in de gevolgen van zijn/haar beslissing.¹

¹ Niet te verwarren met handelingsonbekwaamheid. Handelingsonbekwaamheid is de op grond van wettelijke bepalingen algemene ongeschiktheid om eigen rechtshandelingen te verrichten. Handelingsonbekwamen hebben een wettelijk vertegenwoordiger.

Wilsbekwaamheid kan betrekking hebben op de bekwaamheid om beslissingen van zowel materiële als immateriële aard te nemen. Materiële beslissingen gaan bijvoorbeeld over het vermogen om te beslissen over eigen geld. Bij immateriële beslissingen kan men bijvoorbeeld denken aan keuzes die te maken hebben met ingrijpende medische behandelingen of een kinderwens.

Wilsbekwaamheid is contextgebonden, dat wil zeggen dat mensen wilsbekwaam zijn ten aanzien van een concrete beslissing of aangelegenheid. Een cliënt kan dus bijvoorbeeld wilsbekwaam zijn ten aanzien van zijn financiën, maar als wilsonbekwaam worden beoordeeld ten aanzien van een kinderwens. Het is dus vrijwel nooit zo dat een cliënt volledig wilsonbekwaam is. Er zal altijd nog wel een weloverwogen keuze mogelijk zijn, ook al gaat het om kleine, alledaagse keuzes.

Ieder mens wordt wilsbekwaam gehouden tot anders wordt vastgesteld. Ook wanneer iemand onder curatele is gesteld of als er een mentor of bewindvoerder is aangewezen, blijft iemand in beginsel wilsbekwaam. De persoon in kwestie moet door deze wettelijk vertegenwoordiger zo veel als mogelijk betrokken worden bij de uitvoering van zijn taken. In de Memorie van Toelichting bij de totstandkoming van de Wet op het Mentorschap staat de betrokkenheid als volgt geformuleerd: 'Met raad en daad terzijde staan'.

1.3 Welke situaties kunnen om het beoordelen van wils(on)bekwaamheid vragen

In veel gevallen zal de zorgverlener *impliciet* beoordelen of en zo ja, in hoeverre iemand wilsbekwaam is. Wanneer de zorgverlener de cliënt langer kent, zal het voor hem in het algemeen gemakkelijker zijn dit te beoordelen.

Een meer *expliciete* beoordeling van de bekwaamheid komt aan de orde als daar een concrete aanleiding voor bestaat. Te denken valt aan situaties waarin de toestemming van de cliënt vereist is voor een ingrijpende behandeling, of wanneer de weigering van de cliënt ingrijpende consequenties kan hebben (bijvoorbeeld als deze een operatie weigert die nodig is om in leven te blijven).

Als in dergelijke situaties een of meer van de onderstaande omstandigheden aan de orde zijn, is dit een extra aanwijzing om expliciete beoordeling van wilsbekwaamheid te overwegen:

- Als de cliënt herhaaldelijk een antwoord geeft dat niet past bij de vraag
- Als de emotie niet past bij het antwoord
- Als de cliënt steeds opnieuw om herhaling van (delen van) de informatie vraagt
- Als een cliënt meteen toestemming geeft zonder dat je de indruk hebt dat het de cliënt helemaal duidelijk is waarvoor hij toestemming geeft
- Als een cliënt een onderzoek of behandeling weigert waarbij je de indruk hebt dat de weigering niet weloverwogen is
- Als de cliënt zich verzet, is de vraag aan de orde of de cliënt een keuze uit of slechts onderzonden hinder aangeeft
- Als de cliënt ongebruikelijke argumenten hanteert bij het instemmen of weigeren van onderzoek of behandeling.

In de praktijk kunnen de volgende situaties aanleiding zijn om de wilsbekwaamheid te toetsen:

- a. medische beslissingen van ingrijpende aard, zoals:
 - beslissingen met betrekking tot het levenseinde
 - medische behandeling door een arts of tandarts
 - inschakelen van een vertrouwensarts
 - beslissing over orgaandonatie

- b. kinderwens en anticonceptie;
- c. (voortzetten van) verblijf binnen een instelling/ het aangaan van de zorgrelatie;
- d. instemming met (een deel van) het ondersteuningsplan;
- e. cliëntenrechten, zoals:
 - lid van een cliëntenraad
 - indienen van een klacht
 - inzage in dossiers
 - wensen ten aanzien van privacy.

Bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid in relatie tot beslissingen ten aanzien van klachten/deelname in medezeggenschapsorganen, verdient het aanbeveling de wilsbekwaamheid (ook) door een externe deskundige te laten toetsen (in afwijking van de algemene regel), om de objectiviteit van de beoordelaar te waarborgen.

- f. financiën
 - (grote) bestedingen van eigen geld
 - keuze voor een bewindvoerder
- g. toepassing van dwangbehandeling op grond van de WGBO. Op grond van de WGBO kan alleen dwang worden toegepast als de cliënt wilsonbekwaam is en de vertegenwoordiger daarvoor toestemming geeft
- h. opname en behandeling in een BOPZ-instelling.

2. Wilsbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking

2.1 Inleiding

In de visie van Philadelphia is een belangrijk uitgangspunt dat ook mensen met een verstandelijke beperking zo veel als mogelijk de regie over hun eigen leven zouden moeten hebben. Juist daarom vindt Philadelphia dat het vaststellen van wilsonbekwaamheid met grote zorgvuldigheid en terughoudendheid dient te gebeuren. Uitgangspunt in de wet is immers dat iedereen wilsbekwaam is, tot anders wordt vastgesteld. In de dagelijkse praktijk van de zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking wordt vaak impliciet van een oordeel over wilsbekwaamheid uitgegaan. De zorgverlener en wettelijk vertegenwoordiger nemen hier een beslissing over en handelen hiernaar. Het vormen van een oordeel over de wilsbekwaamheid van een cliënt is dus van groot belang. Als iemand als wilsbekwaam wordt beoordeeld terwijl hij dit feitelijk niet is, kan hij daardoor noodzakelijke bescherming mislopen en gevaar lopen. Als een cliënt daarentegen ten onrechte als wilsonbekwaam wordt beoordeeld, betekent dit dat een cliënt zijn grip op beslissingen verliest en onnodig in zijn autonomie wordt aangetast.

In de zorg zijn autonomie en zelfbeschikking belangrijke waarden. Mensen met een verstandelijke beperking zijn altijd in zekere mate afhankelijk van anderen. We spreken daarom van **relationele autonomie**: centraal staan de relaties met anderen en de wijze waarop de eigen identiteit tot stand komt binnen die relaties. Ook gaan we er van uit dat de besluitvorming van de persoon met een verstandelijke beperking in veel gevallen tot stand komt in communicatie met andere betrokkenen. Autonomie betekent dan niet dat de persoon puur individueel rationele keuzes maakt, maar dat hij in een (zorg)relatie met anderen, met hun ondersteuning, zonder dat zij druk uitoefenen, tot keuzes komt die het beste passen bij zijn eigen levensverhaal (Biesart e.a., 2000). Uitgangspunt is dat alle cliënten, wilsbekwaam of wilsonbekwaam, zo veel en zo lang als mogelijk worden betrokken bij te nemen (behandel)beslissingen.

2.2 Uitwerking van het begrip wilsbekwaamheid

Voor de uitwerking van het begrip wilsbekwaamheid is het model van Widdershoven (2004) als uitgangspunt gekozen.

In dit model worden drie benaderingen onderscheiden die van toepassing kunnen zijn op de beoordeling van wilsbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking:

- a. De klassieke cognitieve benadering van wilsbekwaamheid
- b. De emotionele benadering van wilsbekwaamheid
- c. De benadering van wilsbekwaamheid via de praktische rationaliteit.

a. Cognitieve criteria

Met de cognitieve maatstaven van Appelbaum zijn criteria voor de praktijk beschikbaar om wilsbekwaamheid te kunnen beoordelen. Daarbij wordt uitgegaan van het **informed consent: toestemming voor behandeling moet gebaseerd zijn op voldoende en op de cliënt afgestemde informatie die door de hulpverlener is verstrekt**. Toestemming is noodzakelijk en wordt door de cliënt op vrijwillige basis verleend. *Informed consent* wordt door de WGBO als een vereiste beschouwd. Het geeft uiting aan het beginsel van autonomie van de cliënt.

Als er overgegaan wordt tot een expliciete beoordeling van de wilsbekwaamheid, dan zijn er vier criteria van wilsbekwaamheid. Een cliënt is volledig wilsbekwaam bij een beslissing wanneer hij voldoet aan al deze criteria. Het minst wilsbekwaam is hij wanneer hij alleen aan het eerste criterium - of zelfs dit niet - voldoet. De criteria zijn:

1. Het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken
2. Het vermogen om de verstrekte informatie te begrijpen
3. Beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie
4. Logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties.

Deze criteria vooronderstellen elkaar en vullen elkaar aan; geen ervan is op zichzelf genomen voldoende. Beoordeling van alleen de cognitieve aspecten is echter niet toereikend, zeker niet bij mensen met een verstandelijke beperking.

B. Emotionele benadering

Wanneer we kijken naar beslissingen in het dagelijks leven, spelen emoties een belangrijke rol. Volgens Nussbaum zijn emoties essentieel voor moreel handelen. Emoties moeten dus worden meegewogen bij een toetsing omdat ze belangrijke informatie geven over hoe iemand een situatie ervaart.

C. Praktische rationaliteit

Waar het bij levensbeslissingen (besluiten ten aanzien van bijvoorbeeld medisch handelen, een relatie, baan, of het krijgen van kinderen) om gaat, is volgens Widdershoven niet het beschikken over theoretische, maar over praktische rationaliteit.

Praktisch inzicht vereist ervaring. Het gaat er daarbij niet primair om dat iemand de gevolgen van de beslissing overziet, maar dat iemand deze kan hanteren op basis van eerdere kennismaking met vergelijkbare situaties (levenservaring) en oefening van daarbij vereiste handelingswijzen. Daarbij spelen ook emotionele aspecten een belangrijke rol.

2.3 Wanneer is een cliënt wilsbekwaam

- Als een cliënt in staat is in overleg met derden (ondersteuners, familie) de informatie te begrijpen, voor- en nadelen af te wegen, consequenties te overzien en zelf of samen een beslissing te nemen.
- Als de keuze of wens van de cliënt past bij deze persoon. Men kan in redelijkheid aannemen dat de keuze en de gevolgen ervan een plek in iemands leven kunnen krijgen.

Bij een ingrijpende medische kwestie kan een cliënt als wilsbekwaam worden beschouwd wanneer hij er blijk van geeft de informatie te hebben begrepen over zowel de aard van zijn gezondheidstoestand, de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling, de aard en het doel van eventuele alternatieven, de te verwachten gevolgen en risico's van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling en de te verwachten gevolgen van het achterwege blijven van het onderzoek of de behandeling. Wanneer een cliënt een of meer van deze elementen niet blijkt te begrijpen, kan dit een aanwijzing zijn dat hij als wilsonbekwaam moet worden beschouwd.

2.4 Wanneer is een cliënt wilsonbekwaam

Om wils(on)bekwaamheid te beoordelen bij mensen met een verstandelijke beperking is het noodzakelijk om tot een heldere begripsomschrijving te komen:

- Wilsonbekwaam is een cliënt wanneer hij niet in staat is om of alleen of in relatie met anderen de op hem afgestemde informatie te begrijpen, voor- en nadelen af te wegen en op basis daarvan een beslissing te nemen waarvan hij de gevolgen overziet.
- Wilsonbekwaam is een cliënt die laat zien door zijn gedrag en levensverhaal niet op basis van praktische rationaliteit beslissingen te kunnen nemen ten aanzien van ingrijpende situaties.
- Er kan sprake zijn van tijdelijke wilsonbekwaamheid, bijvoorbeeld bij cliënten die een (wisselend) psychiatrisch beeld hebben. In die gevallen zou de beoordeling zonodig kunnen worden herhaald op een moment dat iemand in betere doen is.

2.5 Wie beoordelen de wilsbekwaamheid

Bij beslissingen van materiële en immateriële aard beoordeelt de gedragsdeskundige uiteindelijk de wilsbekwaamheid, tenzij de beslissing medisch van aard is. In dat geval wordt de beoordeling gedaan door de gedragsdeskundige samen met de behandelend arts (huisarts of specialist), zo nodig met een arts voor verstandelijke gehandicapten (AVG).

Uitgangspunt bij de beoordeling is *shared decisionmaking*: het gezamenlijk tot een besluit komen (NVVA, 2008). Daarom nemen gedragsdeskundige (en arts) in hun procedure tot besluitvorming van wilsbekwaamheid de informatie mee van de cliënt, (wettelijk) vertegenwoordiger, coördinerend begeleider en overige voor de beslissing belangrijke betrokkenen (zie deel 3. Richtlijn voor beoordeling wilsbekwaamheid voor arts en gedragsdeskundige). De cliënt moet er door de hulpverlener op gewezen worden dat hij zich tijdens deze procedure kan laten bijstaan door een derde.

Positie van de wettelijk vertegenwoordiger

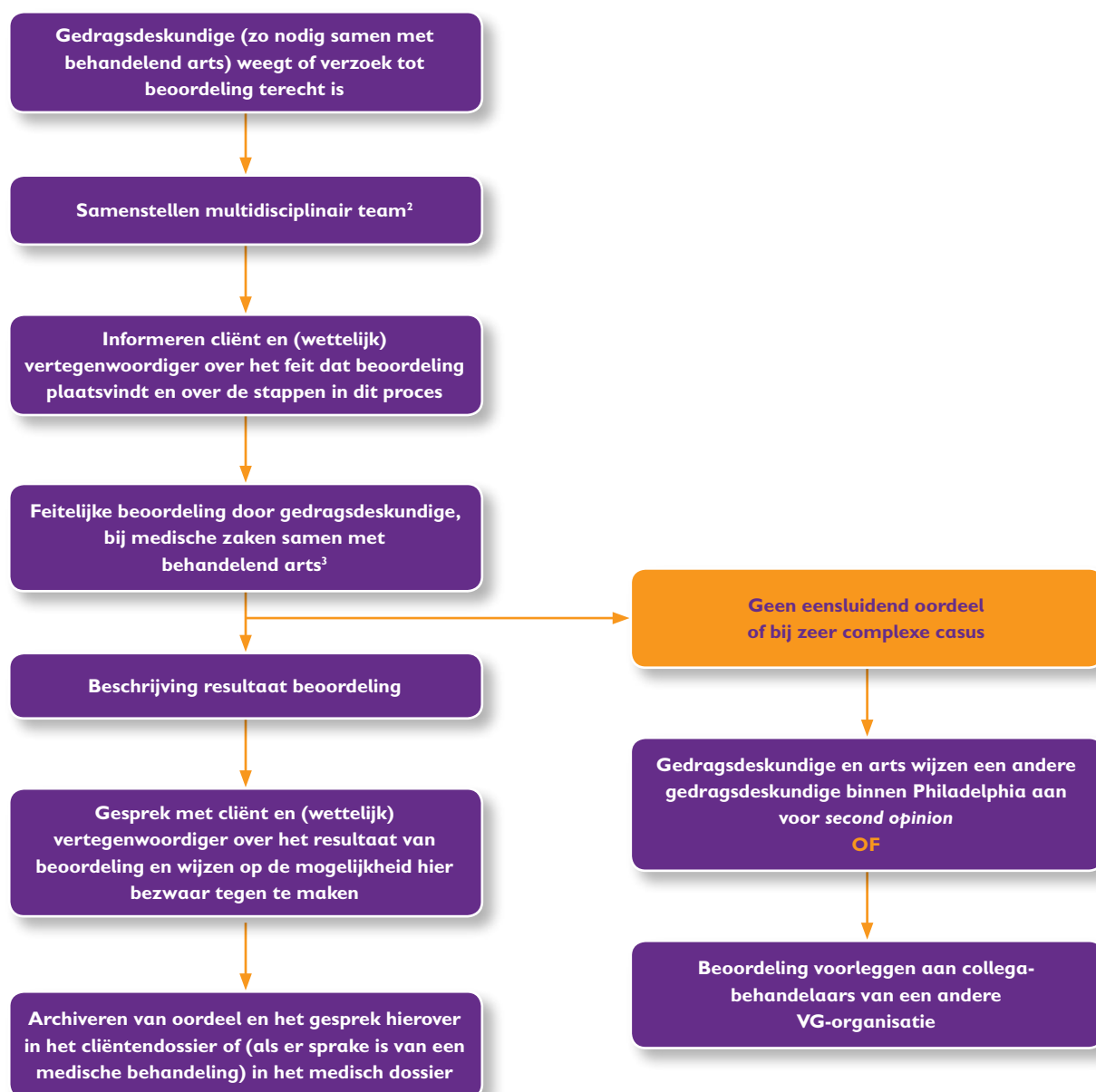
Als een cliënt een curator of mentor heeft, is deze vanuit zijn positie verplicht om een oordeel te vormen over de wilsbekwaamheid ten aanzien van het concrete vraagstuk. Dit oordeel zal ook worden meegenomen in de toetsing. Uiteindelijk geeft de zorgverlener echter het definitieve oordeel over de wilsbekwaamheid van de cliënt. Het is immers de professionele zorgverlener die zich gesteld ziet voor een beslissing die binnen de hulpverleningsrelatie genomen moet worden en waarvoor hij/zij verantwoordelijkheid moet dragen. Dat kan in het uiterste geval betekenen dat de zorgverlener het oordeel van de wettelijk vertegenwoordiger naast zich neerlegt.

DEEL 2

Procedure en besluitvorming bij beoordeling wilsbekwaamheid

SCHEMA 1. BESLUITVORMING BIJ BEOORDELING WILSBEKWAAMHEID

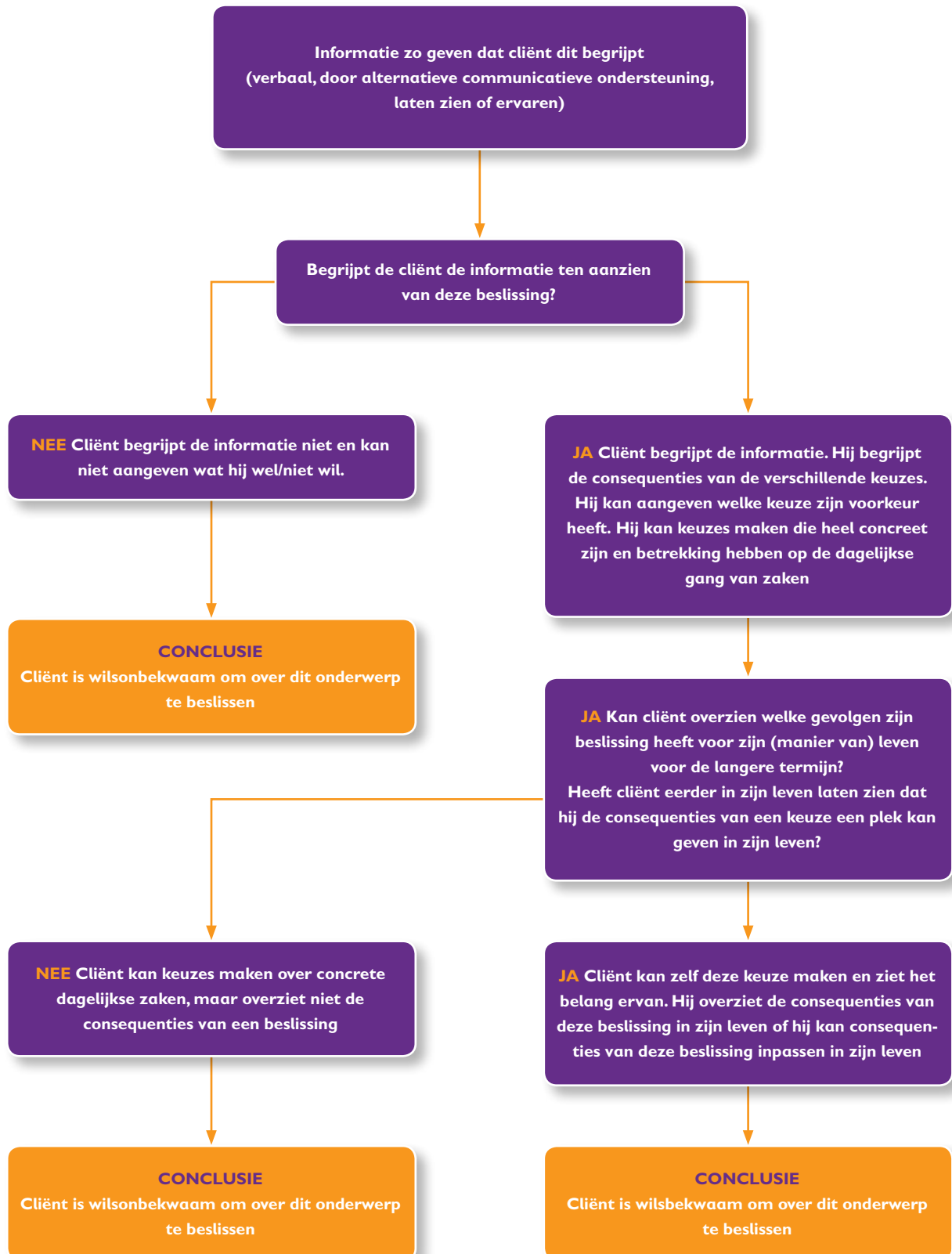
Dit schema gebruiken als een cliënt voor ingrijpende beslissing met verstreckende gevolgen staat en een verzoek wordt gedaan om de wilsbekwaamheid te toetsen (zie 1.3).



2 Het multidisciplinair team bestaat tenminste uit een gedragdeskundige en de coördinerend begeleider van de cliënt, zo nodig aangevuld met andere disciplines.

3 Deze stap wordt in schema 2 op de volgende pagina verder uitgewerkt.

SCHEMA 2: FEITELIJKE BEOORDELING DOOR GEDRAGSDESKUNDIGE, BIJ MEDISCHE KWESTIES BIJGESTAAN DOOR ARTS (ZIE OOK BIJLAGE 1. VALKUILEN BIJ BEOORDELING WILSBEKWAAMHEID)



Toelichting op het schema besluitvorming bij beoordeling wilsbekwaamheid

Dit schema is bedoeld voor niet spoedeisende verzoeken tot beoordeling van wilsbekwaamheid. Als het gaat om een gevaarlijke of levensbedreigende situatie voor de cliënt en de wilsbekwaamheid kan niet worden vastgesteld of de cliënt kan zijn wil niet uiten, dan moet acuut kunnen worden gehandeld. De behandelend arts gebruikt de WGBO in dat geval als juridisch kader. In alle andere gevallen wordt er door de gedragsdeskundige een verzoek om beoordeling van de wilsbekwaamheid gedaan. Deze weegt de vraag of beoordeling noodzakelijk is. Hiertoe verheldert hij de vraag: wie stelt deze en wanneer? Daarnaast maakt hij ook een afweging van dimensie, omvang en duur van de wilsonbekwaamheid. Gaat het om een basale levensbehoefte of een onomkeerbare, gevaarlijke ingreep?

De gedragsdeskundige kan na weging tot de conclusie komen dat beoordeling niet noodzakelijk is. Te denken valt aan beoordelingen over beslissingen waarvan de reikwijdte beperkt is; een kwestie die feitelijk niet aan de orde is en waarvoor een beoordeling dus irrelevant is; een recentelijk eerder beoordeelde kwestie, die belangrijke gelijkenis vertoont met de kwestie waarover een beslissing is gevraagd, ten aanzien waarvan besloten is dat de cliënt niet-wilsonbekwaam is; een kwestie die belangrijke gelijkenis vertoont met een bekende kwestie ten aanzien waarvan de cliënt heeft getoond wilsbekwaam te zijn; een kwestie waarvan het duidelijk is dat de cliënt ten aanzien daarvan wilsbekwaam is; de beoordeling geen enkel doel heeft omdat cliënt zich voegt (al heeft gevoegd) naar afspraken, beleid etc.

Het kan voorkomen dat de wettelijk vertegenwoordiger niet wil dat de wils(on)bekwaamheid wordt beoordeeld. In dat geval beoordeelt een gedragsdeskundige die niet betrokken is bij de cliënt in kwestie of de wettelijk vertegenwoordiger voldoende rekening houdt met de persoonlijke opvattingen en belangen van de cliënt. Bij deze beoordeling hoort ook een gesprek met de vertegenwoordiger. Het kan zijn dat de conclusie van de onafhankelijke GD is dat de wettelijk vertegenwoordiger onvoldoende rekening houdt met het belang van de cliënt. In zo'n geval kan Philadelphia het standpunt van de vertegenwoordiger naast zich neerleggen en toch tot beoordeling overgaan.

De cliënt zelf (als hij twaalf jaar of ouder is), de (wettelijk) vertegenwoordiger en anderen die bij de zorg voor de cliënt zijn betrokken en beslissingen nemen over de cliënt, kunnen om een beoordeling van de wilsbekwaamheid vragen.

Als dit verzoek niet afkomstig is van de cliënt wordt de cliënt hierover geïnformeerd. Ook wordt verteld wat de stappen zijn in het beoordelingsproces. De (wettelijk) vertegenwoordiger wordt, als een ander dan deze het verzoek heeft gedaan, ook geïnformeerd (mocht de cliënt hiertegen bezwaar maken dan beslist de beoordelaar hoe te handelen in deze). De cliënt wordt gewezen op de mogelijkheid zich gedurende de procedure te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon.

Voor de feitelijke beoordeling gaat de gedragsdeskundige (en zonodig de betrokken arts) afzonderlijk in gesprek met:

- de cliënt, waarbij gebruik wordt gemaakt van communicatiemiddelen die op het begripsvermogen van de cliënt aansluiten;
- de (wettelijk) vertegenwoordiger van de cliënt;
- de coördinerend begeleider van de cliënt;
- zo nodig anderen die voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de cliënt relevante informatie kunnen geven.

Mocht de cliënt bezwaar maken tegen een van deze stappen dan beslist de beoordelaar(s) hoe er verder wordt gehandeld.

Onderdelen van beschrijving wilsonbekwaamheid

In de beschrijving van het oordeel over de wilsbekwaamheid komen de volgende punten aan de orde (NVVA, 2008):

I. Vraagstelling

1. Beschrijf om welk besluit het gaat; waarover moet de cliënt concreet beslissen en in welke context
2. Geef de aanleiding aan waarom over te gaan tot een expliciete beoordeling
3. Geef aan welke informatie de cliënt (minimaal) moet begrijpen.

II. Voorwaarden

4. Geef aan welke (structurele) beperkingen er zijn
5. Welke hulpmiddelen / aanpassingen zijn gebruikt om de beperkingen te compenseren.

III. Beloop

6. Geef in het kort het beloop van het gesprek aan (wat is verteld, hoe is de reactie) en geef met name de uitingen weer wat betreft de in deze handreiking genoemde criteria:
 - a. Kenbaar maken van een keuze
 - b. Begrijpen van relevante informatie
 - c. Beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie
 - d. Logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van (behandel)opties

Noteer hier ook signalen die erop kunnen wijzen dat de beslisvaardigheid is verminderd.

IV. Conclusie beoordeling wilsbekwaamheid

7. Noteer de (voorlopige) conclusie
 - a. In staat tot nemen van beslissing
 - b. Deels in staat of twijfel
 - c. Niet in staat tot het nemen van een beslissing.

V. Vervolg (beleid)

8. Geef aan wat de vervolgstappen zijn met name bij deels in staat, niet in staat en twijfel
 - a. Is er een kans, dat de beslisvaardigheid zal verbeteren of herstellen (herhalen gesprek, ondersteuning door andere zorgverlener, familie etc.)?
 - b. Is uitstel van de beslissing mogelijk (geef concreet de voor- en nadelen van uitstel aan).

Overwegingen

- Wanneer sprake is van een behandeling met ingrijpende consequenties waarmee de cliënt wil instemmen of die hij wil weigeren, moet bij de beoordeling van de mate van begrip relatief hoge eisen worden gesteld. In dit soort gevallen zal de beoordelaar meer expliciet moeten nagaan, of de cliënt de gevolgen van het instemmen dan wel weigeren van de behandeling werkelijk begrepen heeft en of de cliënt voldoende begrijpt welke keuzemogelijkheden hij heeft.
- Wanneer een cliënt er blijk van geeft de informatie niet te hebben begrepen, kan dit een aanwijzing zijn dat de cliënt wilsonbekwaam is. Het kan echter ook zijn dat de informatie-verstrekking te wensen over heeft gelaten, óf doordat onvoldoende informatie is gegeven, óf doordat de informatie niet is gegeven op een wijze die aansluit bij het begripsvermogen van de cliënt. In dit soort gevallen kan het aanvullen, herhalen of het op andere wijze verstrekken van informatie aangewezen zijn.

- Als een cliënt wilsonbekwaam wordt geacht en geen (wettelijk) vertegenwoordiger heeft, vindt ook een beoordeling plaats van de wilsonbekwaamheid van de cliënt met betrekking tot de aanwijzing van een vertegenwoordiger. In een dergelijk geval is het sowieso van groot belang dat Philadelphia zich inspant om een wettelijk vertegenwoordiger te vinden (curator of mentor) die de belangen van de persoon in kwestie behartigt.
- De gedragsdeskundige, of anders de personen die een second opinion hebben gedaan, bespreken het oordeel met de cliënt en, als de cliënt daartegen geen bezwaar maakt, met diens (wettelijk) vertegenwoordiger. Als de cliënt wilsonbekwaam wordt geacht, wordt ook besproken hoe de cliënt bij de verdere besluitvorming wordt betrokken. Hierbij wordt ook rekening gehouden met opvattingen en uitingen van de cliënt die niet op enige bekwaamheid zijn gebaseerd.
- Het oordeel en het verslag van het hiervoor bedoelde gesprek worden in het cliëntendossier en (als er sprake is van een medische ingreep) in het medisch dossier gearhiveerd.
- Als de cliënt of diens (wettelijk) vertegenwoordiger het niet eens is met het oordeel, toetst de directeur Zorg het besluit op zorgvuldigheid en belang voor de cliënt, met aandacht voor de verstrekte informatie, de onderbouwing van het besluit en de reden van de cliënt of de vertegenwoordiger om niet in te stemmen. Als de bezwaren niet leiden tot herziening van het oordeel of tot een nieuwe beoordeling, wordt gewezen op de mogelijkheid een klacht in te dienen bij de externe Klachtencommissie, waardoor de klacht bij de Raad van Bestuur komt.
- Als de wettelijk vertegenwoordiger geen toestemming geeft voor een (medische) behandeling, dan volgt er altijd overleg tussen de gedragsdeskundige en de wettelijk vertegenwoordiger. Als het gaat om een medische behandeling wordt hier de behandelend arts nog aan toegevoegd. Leidt dit niet tot overeenstemming, dan wordt de casus ter beoordeling voorgelegd aan collega-behandelaars van een andere VG-organisatie. Als ook dit niet tot consensus leidt, zal de zorgverlener de Raad van Bestuur informeren. Nadat in overleg met de Raad van Bestuur de Inspectie voor de Gezondheidszorg is ingelicht, zal de zorgverlener de casus ter beoordeling aan de rechter voorleggen.

Deel 3

Richtlijnen voor de beoordeling van wilsonbekwaamheid

Inleiding

Deel 3 gaat in op de feitelijke beoordeling van wilsonbekwaamheid, genoemd in stap 4 in het schema besluitvorming bij beoordeling wilsonbekwaamheid (deel 2). Van belang bij de beoordeling is, naast de gebruikelijke cognitieve maatstaven, de aandacht voor de levensgeschiedenis, de non-verbale signalen en de beleving van een cliënt.

Welke handvatten zijn er te geven

Als 'theoretische rationaliteit', zoals bedoeld in de cognitieve benadering (Appelbaum), slechts in beperkte mate aanwezig is, kan toch sprake zijn van 'praktische rationaliteit'. Zijn er vanuit dit perspectief handvatten te geven voor de beoordeling van wilsbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke beperking?

Een benadering van wilsbekwaamheid vanuit het perspectief van emoties en praktische rationaliteit kan worden vormgegeven door het werken met levensverhalen en het kijken naar het gedragspatroon. Het werken met levensverhalen kan zicht geven op dat wat voor mensen met een verstandelijke beperking van belang is en kan worden gebruikt als indicator van de praktische rationaliteit (Meininger, 2003).

Emoties worden tot uitdrukking gebracht in verhalen en kunnen daarin ook worden bewerkt en verwerkt. In verhalen komt naar voren wat voor mensen telt, hoe ze in de wereld staan. Dat wat klaarblijkelijk van belang is, wordt in een breder verband geplaatst, namelijk dat van de persoonlijke (levens)geschiedenis.

Naast de emotionele lading van de keuze, die verhelderd kan worden door het levensverhaal, is ook het feitelijk handelen van de persoon relevant: getuigt dit handelen van greep op de situatie? Een beoordeling van wilsbekwaamheid vereist immers niet alleen dat de persoon duidelijk aangeeft wat zijn keuze is, maar ook dat hij zijn leven zo weet in te richten dat de keuze erin past. Om dat te beoordelen moet de beoordelaar niet alleen luisteren naar verhalen van de betrokkene, maar ook kijken naar zijn feitelijke gedragspatronen.

Het werken met levensverhalen en het observeren van feitelijke gedragspatronen biedt de mogelijkheid om mensen die cognitief niet alles kunnen overzien, maar wel in praktische zin greep hebben op hun leven, niet hun beslissingsbevoegdheid te ontnemen. Omgekeerd legitimeert deze benadering ook een ingrijpen wanneer praktische ervaring duidelijk minder is dan de cognitieve vermogens doen vermoeden.

Daarmee krijgt de cliënt een actieve rol, zonder dat zijn wensen zonder meer de doorslag geven.

Middelen

- (levens)verhaal
- dossieronderzoek
- gesprek met cliënt op basis van *informed consent*
- informatie van belangrijke derden, zoals coördinerend begeleider, familie
- aanvullend psychodiagnostisch onderzoek (bv. naar sociaal-emotioneel niveau)
- beoordeling door een psychiater.

Bronnen

Arduin. *Notitie Wilsbekwaamheid*. November 2004.

ASVZ *Nota Wilsbekwaamheid (concept)*. Maart 2011.

Biesart, M.C.J.H., Hubben, J.H., Gemert, G.H. van. *Methodiek voor de vaststelling van wilsonbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke handicap*. Stichting Philadelphia Zorg en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. 2000.

Cordaan. *Nota Wilsonbekwaamheid. Beleid en procedure beoordelen wilsonbekwaamheid*. 2012.

's Heerenloo. *Komen tot vaststelling van wils(on)bekwaamheid*. 2007.

Hondius, A., Zuijderhout, R., Honig, A. *Wilsonbekwaamheid*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid nr. 6 - 2005.

Meiniger, H.P. *Wils(on)bekwaamheid en kindervens: een ethisch perspectief*. Inleiding studiedag stafleden ASVZ Zuid West. Oktober 2005.

Meininger, H.P. en Frederiks, B.J.M. *Gedwongen anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap?* Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen. Maart 2005.

NVVA. *Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag*. 2008.

Reinaerde. *Beoordelen van wilsbekwaamheid binnen Reinaerde (concept)*. Oktober 2005.

Rijksoverheid. *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*. Den Haag. 2007.

SOVAK. *Procedure Vaststellen Wils(on)bekwaamheid*. November 2007.

Van Wet naar Praktijk (implementatie van de WGBO).

Werkgroep op verzoek van ministerie van Justitie en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*. Januari 2007.

Widdershoven, G.A.M. en Berghmans, R.L.P. *Wilsbekwaamheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen. Maart 2004.

Bijlage 1

Valkuilen bij de beoordeling van wilsbekwaamheid (NVVA, 2008)

Deze valkuilen zijn afkomstig uit de psychogeriatrische praktijk, maar kunnen ook voorkomen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

Attributiefouten

Behalve te hoge eisen aan expliciete verantwoording van een keuze zijn er nog andere valkuilen voor de beoordelaar van wilsbekwaamheid, zoals attributiefouten en vooroordelen. De zorgverlener die de keuze van de cliënt geheel en al toeschrijft aan diens persoonlijke eigenschappen en vergeet te letten op de invloed van externe factoren begaat een attributiefout. Attributiefouten zijn ook te herkennen in het vooroordeel dat bij medische behandelbeslissingen kan optreden. Bijvoorbeeld: de cliënt die een aanbevolen behandeling weigert, wordt verdacht van incompetentie, maar als diezelfde cliënt met de behandeling instemt, worden over diens competentie geen vragen gesteld.

Aan iemands wilsbekwaamheid worden hogere eisen gesteld wanneer de beslissing van weigeren of instemmen grotere gevolgen heeft voor de gezondheid, zowel in termen van winst als risico's of belasting. Dit houdt in dat de wilsbekwaamheid van cliënten aan relatief hoge eisen moet voldoen wanneer zij instemmen met een belastende of risicovolle behandeling, of wanneer zij een weinig belastende maar veel gezondheidswinst opleverende behandeling weigeren (bijv. antibiotica weigeren tegen een urineweginfectie).

Selfserving bias

Een andere attributiefout is de selfserving bias. Dat is de neiging om succes toe te schrijven aan de gunstige eigenschappen en verdiensten van de eigen persoon, maar vermeende fouten te wijten aan externe factoren ('Wat ik als zorgverlener voorstel is goed, als de cliënt dat afwijst ligt het niet aan mij en is het zijn schuld wanneer hij daar nare gevolgen van ondervindt').

Confirmation bias

Sommige zorgverleners zijn vatbaar voor de confirmation bias. Zij laten bevestigende informatie zwaarder meewegen dan ontkrachtende informatie. Alleen al de vraag naar een oordeel over iemands wilsbekwaamheid kan het vooroordeel oproepen dat er wel iets mis zal zijn. Aanwijzingen dat de cliënt wilsonbekwaam is, zijn dan gemakkelijk gevonden. Het is daarom van belang dat iedereen voor wilsbekwaam wordt gehouden tot het tegendeel is bewezen.

Stigmatisering

Stigmatisering is een andere valkuil. De cliënt verblijft in een verpleeghuis op een psychogeriatrische afdeling. Eerder is al eens negatief geoordeeld over zijn wilsbekwaamheid. De cliënt toont afwijkend gedrag. Dit alles kan de beoordelaar op het verkeerde been zetten. Steeds moet gezocht worden naar concrete aanwijzingen voor wilsonbekwaamheid voor de beslissing die actueel aan de orde is.

Het verschil tussen onwetendheid en onbekwaamheid

Soms zijn of worden cliënten slecht geïnformeerd over de aard en consequenties van de beslissing waarvoor zij staan. Zorgverleners moeten oog hebben voor het verschil tussen onwetendheid en onbekwaamheid. Cliënten die onvoldoende zijn geïnformeerd of daarbij onvoldoende worden gesteund, lopen het risico dat zij ten onrechte voor wilsonbekwaam worden gehouden.

Andere vooroordelen

Andere vooroordelen, zoals misleidende empathie, hebben een omgekeerd effect: ze veronderstellen te gemakkelijk wilsbekwaamheid waar deze misschien tekortschiet, waardoor bijvoorbeeld een depressie over het hoofd gezien kan worden en een weigering van hulp voor lief genomen wordt als een wilsbekwame beslissing.

